



Departamento Ciências Sórias e Humana

**Maria de Fátima Tavares Pires**

**Higiene Oral das Crianças no contexto Pré - escolar**

**Complemento Licenciatura em Educação de Infância**

**UNI – CV, 2009**

**Maria de Fátima Tavares Pires**

**Higiene Oral das Crianças no contexto Pré-Escolar**

“ Trabalho Científico apresentado á UNI-CV para Obtenção do grau de Licenciatura em Educação de Infância, sob a orientação do Mestre João da Luz Sanches Semedo

**UNI – CV 2009**

**Maria de Fátima Tavares Pires**

**Higiene Oral das Crianças no conteúdo Pré-Escolar**

“Trabalho científico apresentado á UNI-CV, aprovado pelos membros do júri e homologado pelo Conselho científico, como requisito parcial á obtenção do grau de Licenciatura em Educação de Infância.”

**O Júri**

---

---

---

**Praia, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009**

## **Dedicatória**

Nesse oportuno momento, tenho a honra de expressar a minha eterna gratidão e dedicar este trabalho às minhas filhas, à minha irmã Rosaria Pires, pela força moral, espiritual e material incondicional que me deram durante o meu desempenho acadêmico.

A todas pessoas que me amam e valorizam as crianças, lutam pela saúde delas, higiene e amor e em especial, aos meus familiares, pelo amor, carinho, apoio, dedicação e ensinamentos que sempre me deram e me dão até hoje.

## **Agradecimento**

Queria expressar á minha gratidão a todos quanto de uma forma ou de outra, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização do trabalho que se apresenta

É como profundo prazer e espírito de gratidão que felicito pelo carinho, amor, dedicação e espírito de ajuda para que tal trabalho se efectuasse. São eles:

- O meu orientador, Mestre João da Luz Sanches Semedo pelo contributo prestado, tempo disponibilizado e pela excelente orientação e coordenação dos trabalhos;
- A minha irmã Rosaria pelo apoio e motivação que ela me deu às minhas iniciativas, aos meus familiares, principalmente as minhas filhas, pela força e compreensão nos momentos de ausência;
- Os meus amigos que directa ou indirectamente me apoiaram, que souberam ter compreensão nos momentos difíceis ao longo dessa rotina;
- Os colegas do curso de Educação de Infância, pela amizade e saberes compartilhados durante os momentos que estivemos juntos, em especial a Ivone Monteiro e Djamila Freire.
- Todos os professores, principalmente a professora Catarina Furtado, que deram os seus contributos transmitindo experiências e conhecimentos, indispensáveis a minha chegada nesse ponto.
- O Dr. Ednilson Delgado pelo seu saberes compartilhados durante a elaboração desse trabalho;
- Os trabalhadores da UNI – CV, pela maneira gentil que me acompanharam nos meus estudos durante a minha formação;
- Os participantes da pesquisa pela forma acolhedora que me receberam em seus domicílios e colaboraram positivamente para os resultados da mesma.

### ***Alimente a Inteligência***

*Os bons pais ensinam aos filhos. Os pais brilhantes ensinam-nos a fazer uma higiene psíquica. Inúmeros pais imploram diariamente aos filhos para que façam a higiene bucal. Mas e a higiene emocional?*

*De que adiante prevenir cáries, se a emoção das crianças se toma um contentor de lixo de pensamentos negativos, manias, medos reacções impulso e apelos sociais.*

*Autor:*

*Augusto Cury (2003)*

## Introdução

A educação pré-escolar, desde há muito tempo esteve presente no sistema educativo, mas usualmente não lhe é dado a atenção merecida, apesar dos esforços feitos. Muitas vezes, no entendimento de certos pais/encarregados de educação e não só, o jardim-de-infância não passa de um lugar onde possam deixar suas crianças nas horas laborais.

O trabalho no jardim-de-infância é muitas vezes visto como mero conjunto de brincadeiras administradas por pessoas com poucas qualificações, embora carinhosas e com amor pela criança. *M. G. Carlos et al G. M. Bulas (1999)*

A educação pré-escolar está normalmente mais afastada das outras fases ou ciclo de projecto de ensino porque não lhe é facultado o valor verdadeiro e não há uma pronúncia significativa entre esse e o ensino básico integrado.

A mudança do ambiente educativo desperta sempre a necessidade de adaptação por parte da criança que entra para o novo meio social, a primeira fase de ensino básico integrado em que lhe é colocada novas exigências. Isso seria mais fácil se a criança já tivesse passado pela educação pré-escolar, do que se ela viesse directamente da educação familiar.

Aqui no nosso país, particularmente no jardim onde frequentamos, as monitoras quase não falam e nem preocupam com o lanche, como biscoitos, iogurte, sumo, que as crianças levam de casa, alimentos considerados maiores provocadores das doenças orais nas crianças. Portanto a manutenção de uma dieta saudável é extremamente importante para a saúde bucal dos mesmos.

Neste aspecto os educadores devem trabalhar ao lado das crianças, num clima de cooperação e respeito mútuo. Precisam conhecer bem os fundamentos psicológicos que orientam a proposta de trabalho a fim de que sejam evitadas incoerências, tão frequentemente observadas, entre princípios teóricos e práticas educativas.

Este trabalho está estruturado em duas partes - teórica e prática. Na primeira parte é essencialmente teórica, recorreremos sobretudo às análises bibliográficas.

Na parte prática pretendemos conhecer os objectos e produtos utilizados pelas crianças, para ter estes conhecimentos recorreremos os instrumentos de recolha de informações, nomeadamente, questionários aos pais/encarregados da educação,

## **Higiene oral das crianças no contexto pré – escolar**

### **Resumo**

Este trabalho visa discutir a participação dos pais/encarregados da educação na promoção da higiene oral das crianças do Jardim Cruz Vermelha no concelho de Santa Cruz. Trata-se de uma investigação de natureza exploratória descritiva, com enfoque qualitativa.

A amostra constitui-se pelas crianças que frequentam o ensino do pré-escolar do mesmo jardim com a faixa etária compreendida entre quatro e cinco anos. Os dados foram colectados através de entrevistas que contemplavam informações sobre os hábitos da higiene oral e cuidados com a saúde bucal das crianças pesquisadas, além do conhecimento e participação dos pais das crianças no ensino do pré-escolar.

Procuramos com a pesquisa levantar o conhecimento deste grupo em relação a higiene oral, desenvolvimento bio-psico-social e incentivar a discussão e consequentemente a descoberta de informações úteis, adequadas à higiene oral. Para tal, além de uma discussão teórica sobre o tema focado, foram recolhidas várias opiniões de especialistas, investigamos as crianças e pais através de uma pesquisa prática com questionários estimulando a troca de experiências sobre o assunto.

As pesquisas foram as medidas de prevenção da higiene oral em pré-escolar e foram planeadas levando em consideração a realidade socio-económica cultural das crianças e dos seus encarregados de educação.

As crianças devem ser educadas e motivadas em higiene oral para tornarem-se responsáveis pela manutenção da saúde oral no núcleo familiar.

Constatamos que o grupo pesquisado possui boas informações sobre a higiene oral, considerando-se natural o uso da escova e pasta dental, mais não se preocupam com o hábito de inserir doces.

Concluimos que podem ou não ocorrer doenças orais relacionadas com os hábitos da higiene oral na criança, portanto não existem regras quanto ao assunto, cabendo a cada encarregado da educação determinar o que pode ser melhor para suas crianças, sendo recomendável, a divulgação de informações que contribuem para melhor decisão.



## ÍNDICE

Introdução-----	8
Justificação do Tema-----	9
Capitulo I. Enquadramento Teórico-----	10
1.1.Contextualização-----	13
1.1.1.Crescimento-----	15
1.1.3.Saúde durante a infância-----	18
Capitulo II. Educação pré-escolar-----	21
2.1.1.Saúde Escolar -----	25
2.1.2.Definição da Família -----	27
2.1.3.Educação e saúde das crianças centrada na família-----	28
2.1.4.Motivação familiar na saúde das crianças -----	30
2.2.Saúde Oral e Higiene-----	32
2.2.1.Doenças Orais-----	36
2.3.Caracterização do jardim estudado-----	39
Capitulo III. Parte Prática-----	40
3.2.Problema e objectivos de investigação-----	41
3.2.3.Metodologia de trabalho-----	42
3.2.4.Análise e discussão dos dados em estudo-----	45
3.2.5.Perfil socio-económica dos pais pesquisados acompanhantes das crianças no contexto pré-escolar do jardim Cruz Vermelha no Conselho santa Cruz-----	49
3.2.6.Participação e conhecimento dos pais/encarregado da educação sobre a saúde e higiene oral das crianças no contexto pré-escolar-----	52
3.3.Conclusão -----	57
Referencias bibliográficas-----	59
Anexos-----	63

## **Justificação do tema**

Este tema surge pela minha vontade, como futura educadora de infância com o propósito de promover a prevenção da higiene oral das crianças do ensino pré – escolar.

Julgamos necessário desenvolver acções nos jardins no âmbito educativo, com vista a resolução deste problema.

Existe uma ideia muito generalizada que sofrer de doença dentária é natural e inevitável, como se os dentes não merecessem os mesmos cuidados que dispensamos a outros órgãos do nosso corpo. Assim, é relevante criar hábitos no sentido de combater esta ideia preconcebida.

A razão desta opção, relaciona-se com a existência de inúmeras crianças que sofrem das doenças orais. Este problema pode surgir no seio familiar porque muitas vezes os pais não têm formação/conhecimento para actuar da forma mais correcta em relação a saúde oral.

Como este tema é pertinente, constatamos que a aprendizagem de bons hábitos será o primeiro passo, contribuindo desde já para tornar a vida mais agradável.

Não podemos continuar a subestimar a importância de um problema de saúde que afecta mais de 85% do mundo, que pode atingir e lesar outros órgãos e que pode ser evitado com algumas simples medidas de prevenção. É possível que cada vez mais as crianças possam usufruir dos benefícios que resultam da utilização de todos os dentes sãos, durante toda vida.

Este problema preocupa-me bastante, tendo em conta que sou mãe/educadora ao mesmo tempo, um membro da sociedade. Sempre que vejo crianças com esta doença fico perturbada, com vontade de fazer algo para melhorar essa situação. De certo que é difícil mas não impossível de contorna-la.

Nós, futuros educadores de infância, pretendemos fazer algo que venha contribuir para melhorar a saúde das crianças, porque sabemos que a educação engloba a aquisição de bons hábitos. Os educadores que não preocupam com a saúde oral dos seus educandos, não estão a contribuir para combater o desenvolvimento integral das crianças.

É para uma educação total e global que podemos notar que as crianças nessa faixa etária não têm consciência da situação e a maioria dos pais não estão preparados para ajudá-lhes nesse combate.

## **Capítulo. I**

### **Enquadramento Teórico**

Bleicher (1990), refere que a promoção de saúde não é um termo consensual, talvez não em função da palavra promoção mas simplesmente porque há distintos entendimentos sobre o que venha a ser saúde, ou sobre como ela pode ser promovida.

O conceito de promoção da saúde é marcado pelo processo histórico de reconhecimento das limitações da abordagem tradicional em lidar com o processo saúde e doença, de mudança na compreensão dos determinantes de saúde, ampliando a importância das condições de vida para a realização da saúde.

Para Moisés e Watt (2001), na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde ocorrida em Alma Ata em 1978, defendeu a promoção de saúde e a prevenção em lugar de serviços clínicos e curativos, apoiando comunidades locais em acções voltadas para a melhoria de saúde.

Para nós, uma melhor compreensão do que se entende por promoção da saúde pode ser obtida considerando como um conjunto interdependentes de indivíduos vivendo em contacto e partilhando os factores desfavoráveis que afectam as relações familiares e sociais em constante progressos pelos objectivos da vida física, mental e social saudáveis que realizam trabalho útil em ambientes higiénicos e que são capazes de produzir e criar saudáveis.

É de lembrar que no conceito de promoção da saúde está implícito um juízo de valor básico de que a saúde é melhor do que a doença, deve ser feito pelas entidades responsáveis todo o esforço para eliminar a doença e conseguir um melhor estado de saúde dos indivíduos e das comunidades.

Ainda segundo Moisés e Watt, a partir de meados dos anos 80, o papel da promoção de saúde é um movimento para mudanças sócias e políticas e foi definido em uma série de conferências e declarações em promoção de saúde.

Em 1986 foi realizada a I Conferência Internacional de promoção de saúde, em Ottawa, no Canadá. A carta de Ottawa afirma que a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacidade da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

A saúde não se faz como recursos para a vida, e não como objectivo de viver. Neste sentido a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sócias e pessoais bem como as capacidades físicas.

Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do sector da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direcção de um bem-estar global.

Os cinco princípios de promoção de saúde definidos pela OMS na carta de Ottawa

1. Criar ambientes que apoiem escolhas soldáveis (“supurativos”);
2. Construir política públicas em saúde;
3. Fortalecer acção comunitária;
4. Desenvolver habilidades pessoais;
5. Reorientar serviços de saúde;

Segundo Nadanousky (2000), estes princípios têm servido de guia para quase todas as acções de promoção de saúde que é cada vez mais buscada por meio das actividades de outras agências que não é serviço médico, como por exemplo, o jardim, o local de trabalho, o comércio e a indústria.

Á Conferência de Ottawa seguiram-se outras que reafirmaram e esmiuçaram seus princípios. As subseqüentes conferenciam em promoção de saúde, de Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (1999), ampliam a discussão sobre influências ambientais na saúde.

Nesta conferência foi enfatizada a importância de actuar não apenas sobre doenças e estilo de vida considerados de risco na promoção de saúde. Destaque também foi dado ao papel de ambientes supurativos, ou seja medicamentos para combater o efeito da doença, explorando os modos práticos para criar ambientes físicos, sócias e económicos adequados à saúde e compatíveis com o desenvolvimento sustentável.

A promoção da saúde, no seu sentido mais amplo, e talvez o mais apropriado, é uma acção global e objectivamente à melhoria na qualidade de vida das pessoas. Saúde oral é só uma pequena parte de todo.

Em relação à saúde oral, a promoção de saúde oferece um potencial de combate ao desconforto, dor e sofrimento associados às doenças bucais portanto, tornando estratégias

importantes na redução do impacto que estas doenças têm na vida da população Cabo-verdiana.

Melhorar as condições de saúde oral e reduzir desigualdades em saúde implica, necessariamente o envolvimento activo da profissão odontológico e estratégias de promoção de saúde bucal.

Segundo Moisés e Watt, 2000, um dos principais fundamentos da promoção de saúde é desenvolvimento de acções destinadas às populações

Durante as últimas décadas, estudos têm apontado algumas razões para a variação da saúde oral entre pessoas e sociedade. Diversas circunstâncias podem influenciar a saúde bucal desde características individuais ligadas a estilo de vida e consumo até circunstância geográficas e sócio- económicas, acesso a recursos matérias e sócias. Além disso altos custos e intervenções ineficazes associadas a uma prática odontológica individualista e curativo, têm sido relacionados com desigualdade em saúde e controle de doenças.

O que se observa, actualmente, é que a odontologia ainda é dominada por uma abordagem convencional voltada para o tratamento curativo, mesmo assim a prevenção tem uma longa história na profissão odontológica.

A abordagem preventiva praticada por muitos profissionais tem apresentado certas limitações como: dependência de controlo e estímulos profissionais (“pacientes Passivos”), focos individualistas (alta demanda de tempo e dinheiro), isola saúde geral, não é voltada para desigualdade em saúde bucal, centrada no fornecimento de informações nas experiências de mudanças sustentáveis em saúde oral, intervenções são frequentemente desenhadas e avaliadas de forma inadequada, abordagem não afectiva.

Neste sentido uma nova abordagem baseada numa nova perspectiva de prevenção e que engloba princípios de promoção de saúde oferece estratégias potencialmente mais eficazes na tentativa de modificar o quadro de desigualdade de saúde oral em Cabo-Verde. Isto implica, por exemplo, no desenvolvimento das acções integradas onde todos os profissionais da Odontologia estejam engajados em ampliar intervenções para promover saúde, participando no planeamento de acções colectivas ou influenciando decisões da saúde na sua própria comunidade. Implementação de uma prática odontológica fundamentada em evidências cientista de efectividade.

## 1.1. Contextualização

Segundo Gonçalves (2003), a história da higiene oral começou com um gravador, sua base é o depoimento gravado. O marco deste método manifestou-se nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial, com as gravações da vida de norte americanos famosos.

Ele oficializou o termo da história, projecto na universidade de Colômbia, em Nova Iorque. Embora a máquina seja útil, o essencial é a participação directa, o contacto pessoal. Estes contactos devem propiciar um clima favorável à gravação dos depoimentos.

Além disso, o entrevistado deve estar atento a todas expressões, pois a comunicação se processa sob as mais diversas folhas, gestos, entoações de voz, pausas na narrativa.

Com a citação dada pelo autor, pensamos que se pode aceitar com dificuldades o postulado de que a saúde oral é tão antiga como a humanidade e que, portanto a sua história começa com a do homo sapiens nos alvares da pré-história sem dúvida, a doença, o acidente que acompanham a humanidade desde a sua existência sobre a terra.

Não são necessárias longas reflexões para admitir que desde os tempos mais remotos, o homem tinha procurado pôr todos os meios ao seu alcance, libertar-se da doença e do sofrimento.

Por outro lado, o progressivo agravamento visual da ciência podem permitir ao historiador examinar os dados disponíveis sob novos aspectos de modo a apreciar mais justamente e compreender melhor o pensamento e a acção dos casos estudados.

Ainda é de acrescentar que a ciência não pode prescindir, para pensar a si mesma, do conhecimento do seu passado próximo ou remoto que é o seu modo histórico de formação, a sua própria antologia.

Creio que a análise desse passado deve fazer-se á luz dos conhecimentos actuais mas tendo sempre em conta as circunstâncias científicas, culturais e sociais do meio e da época em cada caso. Por outra razão, a história da ciência e da saúde têm a sua própria essência e um campo ilimitado, deve ser tratado com a mesma honestidade e o mesmo rigor de método.

É ao mesmo tempo que se promove a profilaxia das doenças evitáveis que se procura manter a saúde dos indivíduos, tanto física como mentalmente e evidencia – se

á importância da segurança social ao nível de todas as idades. É necessário pois, apressar o passo e educar as populações, enquanto é tempo, a adaptarem-se aos novos sistemas de vida, a saúde o seu desenvolvimento físico e mental.

O sentido de uma vida estável depende da harmonia entre todas as partes de que uma colectividade se compõe, sem hipertonias ou discurso mas numa preocupação única de servir todas numa interligação.

Em contacto com as populações, compete-lhe ensinar, educar, informar da estrutura que o país dispõe para o bem-estar, defesa e segurança de todos os cidadãos.

Para Huntly (1969), na complexidade da vida moderna, para se ter boa saúde não deriva dum automatismo, a capacidade de nos conservarmos bem depende de muitos factores dos quais se conclui que cada indivíduo também deve se esforçar para amar a vida, ver nela um objectivo e uma razão de ser e sentir.

Todos devem saber como cuidar do seu corpo, como proteger das doenças, e ambiente, devem igualmente procurar atingir uma personalidade equilibrada e forte. Cada indivíduo é responsável pela sua saúde, pois, cada um deve procurar sentir-se fisicamente apto de forma não só a contribuir o máximo possível para o desenvolvimento da comunidade de que faz parte, como também a tirar partido desta contribuição para o seu próprio bem-estar e felicidade.

### 1.1.1. Crescimento

A criança distingue – se do adulto não apenas pelo tamanho mas, principalmente pelos processos a que está sujeita desde a concepção até a plena maturidade. O crescimento e o desenvolvimento são aspectos desse processo.

Marchesan (1939) define crescimento como aspecto quantitativo pelo qual a matéria viva fica maior, sendo impossível, em condições normais, impedir ou estimulá – lo para limites fora das características da espécie e das codificações genéticas de cada indivíduo. O crescimento, dum ponto de vista prático, é a diferença entre duas medidas (peso, estatura) precisas e datadas. O desenvolvimento “sob um ponto de vista estrito refere-se a aptidões psicomotoras”.

Pode – se ainda definir crescimento como, progressão escalonada para aptidões psicomotoras mais evoluídas. Trata-se de modificações essencialmente qualitativa, impossíveis de qualificar, mas que poder-se-ão avaliar por comparação com tabelas ou padrões.

Aos 6 meses uma criança consegue passar um objecto duma mão para outra. O crescimento é determinado pela hereditariedade, desnutrição, doenças, raça ou etnia, hábitos, factores sócio-económicos e clima.

Por isso, destacamos a necessidade de alertar aos pais em relação à higiene oral, despertar as atitudes positivas. O ambiente familiar é o único em que a criança encontra o que lhe é necessário neste domínio tendo em vista a sua preparação para a vida de adulto. Por isso levando em conta a educação, não há outro meio ambiente no qual a educação para a saúde possa ser ministrada com mais eficiência e proveito do que no seio da família. Até aos quatro ou cinco anos os pais são para os filhos a encarnação da perfeição, o modelo supremo que espera imitar quando for crescido.

À medida que a criança vai crescendo e que se lhe torna mais acessível às explicações verdadeiras, o papel dos encarregados da educação é fazer compreender, paralelamente a educação para a saúde, que se lhe dá, que o seu corpo é o instrumento por excelência que lhe permite exteriorizar o pensamento e os sentimento e de pôr em relação com o próximo.

Segundo Nogueira (1988), o crescimento é uma das características essenciais da infância. Sempre que este se não processa segundo os padrões habituais há que procurar a causa, sem perda de tempo. A avaliação do crescimento é pois um processo simples e eficaz de apreciar o estado de saúde duma criança e duma população. O crescimento é um processo complexo que



depende essencialmente do potencial genético do indivíduo e das condições do ambiente interno e externo que facilitam ou não plena revelação dessa potencialidade.

### **1.1.2.Factores de crescimento**

Myers (1990) refere que, “crescer consiste em aumentar de tamanho”. Este processo ocorre quando aumenta o numero de células no organismo ou quando as células existentes aumentam de tamanho. As medidas mais utilizadas para avaliar o crescimento são o peso, a altura ou ambas. Portanto, o crescimento depende, efectivamente, da quantidade e diversidade de alimentos que uma criança ingere. Esta relação entre consumo alimentar e crescimento tem mesmo constituído uma das principais preocupações dos nutricionistas.

Contudo tem-se verificado, entre estes especialistas, uma forte tendência para ignorar o facto de que o consumo alimentar não depende apenas da existência de alimentos disponíveis. Este consumo é igualmente afectado pelo comportamento alimentar o qual, principalmente nos primeiros anos de vida, é também um processo de natureza social, já que ocorre num contexto de interacção entre mãe ou outro membro da família e a criança.

É de considerar que o crescimento depende não só da quantidade e qualidade de alimentos ingeridos mas também da forma como o organismo os utiliza e assimila, a qual, por sua vez, dependerá do estado de saúde da criança.

**a) Factor Genético** - sempre que uma criança é mais pequena ou é maior do que o habitual, é indispensável saber o peso e a estatura de ambos os pais. Em muitas crianças se suspeitam de qualquer perturbação do crescimento quando afinal são crianças perfeitamente normais, apenas sujeitas a um padrão hereditário de crescimento. A importância do factor genético é enorme, se pudesse ser quantificada não andaria longe de 80%. No entanto todos os outros factores de algum modo facilitam ou prejudicam a integral realização do seu potencial crescimento.

**b) O crescimento depende da satisfação de necessidades fundamentais;** (calorias, hídricas, vitamínicas, endócrinos, oxigénio e afectivas), sem os quais ocorrerá perturbações deste processo.

Assim, uma carência alimentar ou afectiva (por ingestão insuficiente, doença aguda ou um problemas emocionais), explicam uma não progressão ou até uma perda de peso. Se esta anomalia for de curta duração, verifica-se depois uma recuperação, um aumento da velocidade de crescimento que se manterá até que se recupere o atraso.

Se a carência alimentar ou a infecção se prolonga demasiada tornar-se-á mais difícil a recuperação total. Este risco é maior se estas perturbações ocorrerem nos períodos de crescimento mais rápido, quando a multiplicação celular é mais intensa.

**c) O crescimento é modelado por factores endócrinos** - para que o crescimento se processe normalmente é necessário não só a satisfação de necessidades biológicas e o equilíbrio hormonal como também um “meio interno” estável. Todos os mecanismos que perturbam a homeostase e os seus órgãos reguladores, perturbam o crescimento.

Ao analisar todos estes múltiplos factores de um eventual atraso de crescimento há que sublinhar que, felizmente há uma larga margem para a saúde. É muito importante que as crianças se manifestem plena de energia, sem cansaço ou apatia, cheias de alegria de viver.

Para Wall (1975), a medida que a criança cresce, desenvolve atitudes e padrões de comportamentos que se tornam cada vez mais difíceis de alterar. Esses padrões são parte resultados da sua experiência única, e são atingidos pela qualidade ou riqueza cognitiva da própria experiência e, em parte reflectem também normas impostas pela cultura em que ela se move.

Mas em cada resposta saudável a um desafio novo há um elemento de novidade, uma integração nova. É essencial, na formação dessas integrações novas, no seu contorno e direcção, que os dois aspectos do crescimento, o amadurecimento e a educação concebidos no seu sentido mais lato tenham o papel mais importante a desempenhar.

Neste contexto de crescimento e amadurecimento e de interacção entre as crianças e o ambiente social que temos de considerar os princípios de higiene oral e do uso que fizemos da educação como meio de promover uma sociedade saudável.

### **1.2.3. A saúde durante a infância**

A saúde da criança não é apenas a ausência de doença, ela corresponde ao bem-estar da criança nas vertentes física psíquica e social, tal como consta na definição mais conhecida, proposta pela Organização Mundial de Saúde.

Quando a Organização Mundial da Saúde foi criada após o fim da Segunda Guerra Mundial, havia uma preocupação em traçar uma definição positiva da saúde, que incluiria factores como alimentação, higiene, actividade física, acesso ao sistema de saúde etc. O bem – estar social da definição veio de uma preocupação com a devastação causada pela guerra, assim como de um optimismo em relação á paz mundial.

A OMS foi ainda a primeira organização internacional de saúde a considerar-se responsável pela saúde mental e não apenas pela saúde do corpo das crianças. Notamos que a definição pela OMS tem sido alvo de inúmeras críticas desde então, definir a saúde como o estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível e assim a definição não pode ser usada como meta pelos serviços de saúde.

Para a saúde, durante a infância, são muitos os obstáculos a serem enfrentados para que as acções sejam implementadas com vista a um novo paradigma que não aquele que periodiza somente a doença.

Depois da primeira Guerra Mundial, os serviços organizados de saúde pública estenderam-se rapidamente e os seus efeitos fizeram-se sentir em todo o mundo, mas o grau de eficiência foi muito variável de país para país. Por esta razão, um técnico de uma Organização Internacional declarou recentemente que era obvio que uma criança tivesse primeiro que sobreviver antes de começar a se desenvolver.

Nós, porém, afirmamos que esta é uma noção infundada, ou seja, que a sobrevivência e o crescimento são processos simultâneos, não sequenciais. Qualquer iniciativa que vise promover a sobrevivência ou crescimento facilita o desenvolvimento e saúde ou vice-versa.

Segundo Mosley et Chen (1984), a maioria das mortes acontecem no término de um período de doença e deterioração, que pode prolongar-se dolorosamente ou ser relativamente breve.

Para nós, desta forma, viver é um processo que não consiste apenas na sobrevivência, mas também no bem-estar físico, mental e social. Assim a sobrevivência infantil pode ser definida positivamente, se for conceptualizada como algo mais do que evitar a doença.

A assistência da criança é uma tarefa muito mais complexa e difícil do que muita gente pode supor. Para se ser bem sucedida ao lidar com crianças, é necessário algum conhecimento de aspectos ligados á saúde, ao crescimento e do comportamento, pois só assim se pode compreender os seus comportamentos, desvios normais, tais como os causados por perturbações físicas, emocionais ou a nível da saúde.

Segundo Duncombe (1974), os padrões médios são conhecidas como normas ou marcos. Deverão entrar no conhecimento corrente de àqueles que lidam com crianças na educação e na saúde.

A saúde, no seu mais vasto sentido, não significa apenas o não sofrer de doença alguma, na complexidade da vida moderna, o ter-se boa saúde não deriva dum automatismo, ou seja, falta de vontade própria.

O autor Martins (1978), refere que todos devem saber como cuidar da sua higiene, de saúde e proteger das mudanças de temperatura do ambiente e como obter uma boa saúde suficientemente sã. Devem igualmente procurar atingir uma personalidade equilibrada, forte, bastante para se aguentar perante os esforços (stress) e o ritmo moderno, e viver em paz com os seus concidadãos.

A capacidade de nos conservamos bem depende de muitos factores, pelos estudos dos quais se conclui que cada criança não só tem certas exigências físicas que terá de enfrentar, como também deve se esforçar para amar a vida, ver nela um objectivo e uma razão de ser e sentir, que ele próprio existe e coexiste na comunidade em que vive.

Contudo desde o inicio da vida, o meio começa a actuar sobre o novo ser daí a importância do meio uterino, onde a criança se vai desenvolver ao longo de nove meses. Dado que o sangue do feto é o mesmo da mãe, o regime alimentar e a saúde materna influenciam o desenvolvimento do corpo e do cérebro do bebé, a subnutrição grave pode ter como consequência um retardamento no desenvolvimento cerebral, portanto, futuras limitações mentais.

Certas doenças da mãe, como diabetes, sífilis, toxoplasmose, rubéola, sida, etc., podem determinar perturbações físicas ou mentais na criança. Os produtos químicos, por exemplo, medicamentos ingeridos pela mãe, ao serem incorporados na corrente sanguínea, podem afectar de deferentes maneiras o desenvolvimento da criança.

São conhecidas as deformações físicas, crianças sem braços ou sem pernas, produzidas por um tranquilizante usado pelas grávidas na década de cinquenta.

O estado emocional da mãe também pode ser um elemento perturbador. Sabemos hoje que quando a mãe vive uma crise emocional grave, os movimentos do feto aumentam muito significativamente.

É de afirmar que o meio tem um papel vital em todo o processo, concretamente ao nível da maturação e desenvolvimento da criança. Além disso a prática das regras essenciais de higiene, cultura mental bem equilibrada, a busca de um ideal espírito, tudo isto deve estabelecer um grau suficiente de harmonia entre todas as partes do ser.

## **Capítulo II**

### **Educação pré - escolar**

Segundo Vasconcelos (1990), na Lei de Quadro, a educação pré-escolar é a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida, sendo complementar da acção educativa da família, com a qual deve constituir estreita cooperação, favorecendo a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança, tendo em vista a sua plena inclusão na sociedade como ser autónomo, livre e solidário.

Ainda a educação pré-escolar prepara as crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e a idade de ingresso no ensino básico, e é administrada em estabelecimentos de educação pré-escolar. Este princípio fundamenta todo o articulado, da lei e dele decorre os objectivos gerais pedagógicas definidos para a educação pré-escolar, a frequência da educação pré-escolar é facultativa cabendo, primeiramente a responsabilidade da família a educação dos filhos, competindo, porém, ao Estado contribuir activamente para a generalização da oferta da educação pré-escolar.

Por estabelecimento de educação pré-escolar entende-se a instituição que presta serviços vocacionados para o desenvolvimento da criança, proporcionando-lhe actividades educativas e apoio à família. Os pais/encarregados da educação são responsáveis pela criança e também os seus primeiros e principais educadores.

Estando hoje, de certo modo ultrapassado a tónica colocada numa função compensatória, pensa-se que os efeitos da educação pré-escolar estão intimamente relacionados com a articulação com as famílias. Já não se procura compensar o meio familiar, mas a partir dele e ter em conta a cultura de que as crianças são oriundas para que a educação pré-escolar se possa tornar mediadora entre as culturas de origem das crianças e a cultura de que terão de se apropriar para terem uma aprendizagem com sucesso.

Sendo a educação pré-escolar complementar da acção educativa da família, haverá que assegurar a articulação entre o estabelecimento educativo e as famílias, no sentido de encontrar num determinado contexto social as respostas mais para as crianças e famílias, cabendo aos pais participar na elaboração do projecto educativo do estabelecimento.

Alem da família, o meio social em que a criança vive influencia a sua educação, beneficiando a escola da conjunção de esforço e de potencialização de recursos da comunidade para a

educação das crianças. Assim, tanto os pais como outros membros da comunidade poderão colaborar no desenvolvimento do ensino.

Os processos de colaboração dos pais com a comunidade têm efeitos na educação das crianças e ainda consequências no desenvolvimento e na aprendizagem dos adultos que desempenham funções na sua educação. (*Decreto-Lei nº5/2001*)

Neste sentido, acentua-se a importância da educação pré-escolar a partir do que as crianças sabem, da sua cultura e saberes próprios. Respeitar e valorizar as características individuais da criança, a sua diferença, constitui a base de novas aprendizagens.

Ainda para Vasconcelos (1990), a oportunidade de usufruir de experiências educativas diversificadas, num contexto facilitador de interações sociais alargadas com outras crianças e adultos, permitem que cada criança, ao construir o seu desenvolvimento e aprendizagens, vá contribuindo para desenvolvimento e aprendizagem dos outros

Por isso a educação pré-escolar em Cabo Verde tem como objectivo proporcionar as crianças em idade compreendida entre quatro anos e a idade de ingresso no ensino básico, uma formação complementar das responsabilidades educativas familiares.

Ela é realizada no quadro da protecção da infância, vigilada por um grupo programado de acções educativas com uma dupla finalidade e desenvolvimento das capacidades da criança de forma equilibrada tanto do ponto de vista educativo quanto no sentido da transmissão de segurança em termos psicológicos, através de um processo de socialização necessário ao ingresso no sistema de educação escolar.

Para além de terem de atender ao desenvolvimento pessoal e social, os educadores podem recorrer a uma série de estratégias curriculares para desenvolverem a higiene oral das crianças. Um dos pré-requisitos para qualquer mudança curricular é importante ensinar as crianças para além do que a norma comum.

O sistema educativo de Cabo Verde reconhece a necessidade de protecção a infância, revelando a importância da educação pré-escolar, no desenvolvimento da personalidade considerada em todos os seus aspectos, na aquisição de competências e desenvolvimento de atitudes nos vários domínios do saber, na familiarização com o meio cultural, no

desenvolvimento de comportamentos reflectidos e responsáveis na integração social e escolar, tendo em vista o seu contributo impulsionador no sucesso da escolaridade básica.

É de frisar que nas condições de Cabo Verde, a educação pré-escolar deve ser uma resposta simultaneamente social e educativa, dependendo da melhoria da sua qualidade e credibilidade da complementaridade e coexistência dessas duas vertentes.

Consequentemente, a educação pré-escolar visa uma formação complementar das responsabilidades da família onde a criança tem as primeiras interações e preparação para o ingresso no sistema escolar, onde as componentes sócias e educativas se afunilam cada vez mais. (MEVRH, 2001,p8)

### **2.1.Constituem objectivos da educação pré-escolar:**

- a). Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança com base em experiências de vida democrática, numa perspectiva de educação para a cidadania;
- b) fomentar a inserção da criança em grupos sociais diversos, no respeito pela pluralidade das culturas, favorecendo uma progressiva consciência do seu papel como membro da sociedade;
- c) contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à escola e para o sucesso da aprendizagem;
- d) Estimular o desenvolvimento global de cada criança, no respeito pelas suas características individuais, inculcando comportamentos que favoreçam aprendizagens significativas e diversificadas;
- e) Desenvolver a expressão e a comunicação através da utilização de linguagens múltiplas como meios de relação, de informação, de sensibilização estética e de compreensão do mundo;
- f) Despertar a curiosidade e o pensamento crítico;
- g) Proporcionar a cada criança condições de bem-estar e de segurança, designadamente no âmbito da saúde individual e colectiva;
- h) Proceder a despistagem de inadaptações, deficiências e precocidades, promovendo a melhor orientação e encaminhamento da criança;
- i) Incentivar a participação das famílias no processo educativo e estabelecer relações de efectiva colaboração com a comunidade. (Lei nº 46/86 de 14 de Outubro, com alterações incorporadas pela lei nº 115/97, de 19 de Setembro) Lei de Bases do Sistema Educativo cabo-verdiano)



Portanto toda a criança ingressa no pré-escolar depois de ter vivenciado muitas experiências nas quais vão gerando, pondo á prova e consolidando diversos padrões de pensamento, adaptação e resolução de problemas.

Segundo Weikart (1995), o desenvolvimento é um processo complexo que requer um compromisso com filosofia educativa abrangente e bem definida. Um conhecimento extenso acerca do crescimento e do desenvolvimento humano. É de afirmar que uma experiência prática com crianças e a compreensão dos seus interesses e uma capacidade de consolidar, interpretar um corpo de dados de investigação sempre crescente nas áreas de ensino e aprendizagem.

Neste sentido, o educador deve educar pela acção utilizando estratégias de aprendizagens activas. No que diz respeito a higiene oral das crianças, o papel do educador é apoiar e guiar os educandos através das aventuras e das experiências que integram a aprendizagem pela acção, viver experiências directas e imediatas e retirar deles significados através da reflexão. As crianças no ensino pré – escolar constroem os conhecimentos que as ajudam a dar sentido ao mundo que as rodeiam.

No que diz respeito a competência, pretende -se que os educadores assumam uma nova atitude face o ensino/aprendizagem, pelo que os programas das disciplinas podem ser mantidos em vigor sem que isso constitua qualquer impedimento á implementação da gestão flexível do currículo.

Nos programas, foram definidas as competências que os alunos deveriam adquirir ao longo do Ensino Básico – o conjunto de conhecimentos e capacidades de realização que permitem a um indivíduo responder a uma dada situação, ou, em poucas palavras, o saber agir de acordo com as situações e foram definidas, nomeadamente, as competências de saída do Ensino Básico, as competências essenciais que atravessam todas as áreas disciplinares e não disciplinares ao longo do percurso escolar dos alunos e as competências essenciais em cada disciplina e ciclo de escolaridade.

### **2.1. 1. Saúde Escolar**

Segundo Moisés et watt (2000), a definição de saúde que ainda predomina no meio social e a ausência da doença. Ainda para ele a saúde é um factor importante na vida das crianças e essencial para que possam realizar os seus objectivos, desenvolver as suas capacidades e sentirem-se bem.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), diz-nos que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da enfermidade ou doença, ou ainda como um estado de equilíbrio e harmonia entre o ser humano e o seu ambiente.

Para nós, sendo a saúde um bem tão importante, não devemos preocupar com ela somente quando as crianças ficam doentes, buscando a cura para, mas a nossa obrigação é promover a saúde, adaptando hábitos e comportamento saudáveis.

Depois do período de protecção materno-infantil em que a criança pode ser considerada até ao fim de um ano, ou até ao fim de dois e meio ou três anos, segue-se um período de começo mal limitado, a que se chama pré-escolar, e que vai até á idade escolar, a qual se inicia no nosso país.

Quando a criança inicia a sua vida escolar, traz consigo um leque de comportamentos favoráveis ou desfavoráveis, à saúde que ela adquiriu na família. Entretanto graças a pouca idade da criança no pré-escolar é possível nesta fase a correcção de comportamentos desfavoráveis e a criação de hábitos saudáveis.

Acreditamos que é muito mais fácil criar ou corrigir um dado comportamento numa criança do que num adulto. Na realidade, a infância representa fases decisivas na construção de hábitos e normas de conduta social para o futuro.

Neste sentido, o pré-escolar tem um papel fundamental e deve assumir responsabilidades no que diz respeito a educação para saúde. Para além da transmissão de conhecimentos às crianças, o pré-escolar deve ter regras básicas de higiene e de saúde oral. Platão diz-nos que a boa educação é a que pode dar ao corpo e ao espírito toda a beleza, toda a perfeição que eles são capazes de atingir.

Apoiando-se nos conhecimentos e possibilidade presentes, a saúde escolar procura garantir a harmonia do desenvolvimento físico e da formação psíquica, essências a boa educação e formação da personalidade, pelo estudo e controle da higiene geral, da higiene do meio escolar e da protecção da saúde oral.

Diz ainda, que a higiene escolar ou a protecção da saúde escolar corresponde ao sector da saúde pública que se ocupa da vigilância e protecção da criança na idade do pré - escolar, geralmente dos 3 aos 6 anos, aplicando as medidas apropriadas de higiene, de medicina preventiva e de medida social, de forma coordenada e contínua.

É de salientar que a higiene escolar ou a protecção da saúde escolar é complexa porque abrange períodos que exigem medidas diferentes e o programa escolar não se limita ao serviço da saúde e da higiene dentária, a vigilância do desenvolvimento psíquico e emocional das condições familiares.

Ao passar do meio familiar para o pré-escolar, a criança muda radicalmente de ambiente e actuação, encontrando-se submetida a nova disciplina do corpo, e do espírito, ao perigo maior de contrair a doença oral, em consequência da vida de relação escolar, aos novos esforços exigidos pelo desenvolvimento intelectual.

O programa de saúde escolar é muito variável com o grau de desenvolvimento de cada criança e procura a coordenação das medidas relacionadas com o desenvolvimento físico, psíquico e sensorial que precisam de ser estudados nos seguintes aspectos.

- a)Desenvolvimento físico, com estudo antropométrico, descoberta e correcção dos defeitos físicos, prevenção e tratamento das infecções, da higiene oral, das deficiências alimentares;
- b)Desenvolvimento psíquico, com o estudo da influência da hereditariedade, meio familiar e educação, da evolução psíquica nos períodos afectivos, de representação objectiva e de representação subjectiva;
- c) A acção de cuidar da saúde no âmbito da higiene oral só será efectivada se as outras dimensões da sociedade, como a economia, o trabalho da educação, em fim as políticas sócias se voltarem para questão da saúde.

A educação é um meio de dar forma ao amadurecimento de acordo com as diferentes séries de opções culturais que cada sociedade vai fazendo em parte devido a sua história e tradições.

Neste contexto complexo, o processo educativo é fundamental para a consciencialização das crianças no sentido de reivindicarem as suas.

Por isso focalizamos a educação não apenas como uma acção que desencadeia um novo tipo de pensar, mas sobretudo de agir. Por meio da educação, os educadores poderão desenvolver maiores possibilidades de participação nos bens sociais, a partir de engajamento escolar.

### **2.1.2. Definição da família**

O termo tem sido definido de várias maneiras segundo o próprio sistema de referência do indivíduo, valores de julgamento ou disciplina. Não existe uma definição universal da família. A biologia descreve a família como a realização da função biológica de perpetuação das espécies. Por sua vez a psicologia enfatiza os aspectos interpessoais da família e a sua responsabilidade pelo desenvolvimento da personalidade.

A economia vê a família como uma instituição produtiva satisfazendo as necessidades materiais. Por último, a sociologia descreve a família como uma instituição social interagindo com uma sociedade maior, criando um contexto dentro do qual os valores culturais e a identidade são formados.

Para Mc.Cubbin (2000), a definição mais antiga da família enfatizava que os membros da família eram aqueles ligados por laços legais ou por relações genéticas e que vivessem no mesmo domicílio desempenhando papéis específicos.

Uma família pode ser definida como uma instituição em que as pessoas, relacionadas pelos compromettimentos biológicos ou duradouros e representando gerações e sexos similares ou deferentes, participam em papéis que envolvem a socialização mútua, a educação e o comprometimento emocional.

Para nós a família é percebida como um todo que é diferente da soma dos membros individualmente. Por exemplo, num lar de pais e um filho não existem apenas três pessoas, mas quatro instituições interactivos. Essa instituição conte três pares (a relação conjugal, a relação mãe/filho e a relação pai – filho e um triangulo (a relação mãe/pai/filho). O sistema familiar funciona dentro de um sistema maior composto da família entendida, da subcultura, da cultura e da sociedade.

### 2.1.3. Educação e saúde das crianças centrada na família

Segundo Costa e Albuquerque (1997), a educação é um processo e, como tal, tem um a performance extremamente dinâmica e ocorre pela simulação lenta e gradativa de factos isolados, da busca do conhecimento, da troca de informações e de experiências que envolvem no seu contexto, métodos e técnicas de ensino e aprendizagem, que podem ser melhoradas ou aperfeiçoadas a partir de questionamento e melhoramento das mesmas.

Para nós, inicialmente, a educação em saúde era usada como instrumento de mudanças de características individuais indesejáveis. Hoje, é um instrumento utilizado, não apenas para mudar hábitos, mas também para permitir uma reflexão sobre as questões ligadas à saúde, como sendo o processo que ajuda as pessoas a assumirem a solução dos problemas com responsabilidade, mais, é o processo de ensino/aprendizagem, que busca a orientação e a formação da cidadania global e total.

Apesar desse novo conceito da educação em saúde, segundo Bleicher (1999), ainda predomina actualmente uma concepção de que a educação em saúde deve ter por objectivo a modificação dos hábitos individuais de forma a permitir a adopção de atitudes mais saudáveis. Este entendimento alicerça-se numa educação chamada bancária por Paulo Freire (1998). Na educação bancária o educador realiza “depósitos” nas mentes “vazias dos educandos”, ou seja devemos levar as considerações decorrentes entre a educação e a política. Assim a política ajuda-nos a identificar as conexões entre as teorias do Estado, teoria da cidadania, teoria da democracia e da educação.

Contrapondo-se a esta educação, Paulo Freire fala-nos da educação problematizada e libertadora, fundada no diálogo: “*ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediados pelo mundo*” ou seja, a partir da realidade concreta.

Para Bleicher (1999), na educação, é preciso saber quem podemos ou devemos educar. Três são os níveis de aplicação na educação em saúde: o individual, o familiar e o comunitário.

É portanto, fundamental neste nível, que se envolva as pessoas mais representativas da família (pai, mãe e filhos maiores), que poderão servir de exemplo para filhos menores. Ainda para esses autores é extremamente interessante que haja o envolvimento familiar, pois a família é detentora de saberes próprios e experiências, vivenciais no dia-a-dia, que precisam ser compartilhados no processo educativo, para que assim possam ser multiplicadas e

reproduzidas no ambiente domiciliar, não somente pela criança, mas por todos os membros da família.

Para nós, a mãe em geral é a pessoa mais próxima da criança, e na infância, a criança normalmente depende da mãe na orientação da maioria das suas actividades, especialmente as que envolvem coordenação motora como a higiene oral.

Em relação á prevenção da cárie dentária, principalmente em pré - escolar, a família tem uma influência na introdução dos hábitos de higiene oral na infância, tendo a mãe como papel central.

De acordo com Walter et Al. (1992) Existe uma relação directa entre hábitos alimentares inadequados e higiene oral deficiente com o aparecimento de cárie. Portanto, é fundamental que a família, principalmente a mãe, compreenda esta relação e passe a ensinar hábitos favoráveis de saúde oral do seu filho desde o nascimento.

Neste sentido, existem diversas possibilidades para se estabelecer um programa preventivo, de acordo com o risco individual de cada criança em específico. É neste sentido que, a educação surge como a parte fundamental no estabelecimento de um programa preventivo, principalmente para os pré-escolares, que envolve orientação e motivação dos pais desde a introdução de hábitos de alimentação e de higiene, assim como aspectos relacionados com a erupção dos dentes, aleitamento, noções sobre transmissibilidade de bactérias, cariamentos e hábitos de sucção não nutritivos, entre outros, ou seja, dado que a má nutrição afecta todos os aspectos do desenvolvimento da criança, por isso é aconselhável que os pais não ofereçam rebuçados e bolachas em quantidade demasiada para seus filhos, porque isso pode tornar num hábito vicioso e pouco a pouco os dentes vão sofrendo com as doses excessivas de açúcar.

Pinto (2000), defende também que a família exerce papel fundamental nesse processo, pois sabe-se que a criança imita costumes semelhantes aos das pessoas com quem convivem, por isso é importante que o adulto seja um bom modelo.

Para tal, precisam ser orientada e esclarecida quanto a necessidade do auto cuidado, com a saúde oral. No que diz respeito a promoção da saúde, fala-se bastante em auto-cuidado entre as crianças de forma a torna-las, mais autónomas em relação aos cuidados de saúde.

Ainda em relação a educação centrada na família, está-se a exercer influências sobre a criança, sendo que as atitudes dos pais levam diferentes comportamentos das mesmas.

#### **2.1.4. Motivação familiar na saúde das crianças**

Santos et al Rodrigues (2002), definiram motivação como sendo um conjunto de factores psicológicos (consciente e inconsciente) de acordo com o fisiológico, intelectual e efectiva, que interagem entre si e determinam a conduta da criança.

Em odontologia, a motivação significa a capacidade familiar de traduzir em acções práticas do quotidiano as orientações preventivas fornecidas pelo profissional. Para Pettry et al Pretto (1999), a motivação seria um processo interno e pessoal que requer mudanças comportamentais para saúde, sendo necessário que os educadores actuem em nível cognitivo para fornecer informações, do nível afectivo, para estabelecer confiança e em nível psicomotor, para treinar e executar habilidades.

Buisch et al Axelsson (1997), descreveram que seria muito importante a sensibilização da criança da sua real condição de saúde, usando-o como diagnóstico, informando de forma breve e diluída e treinando medidas preventivas, sendo essencial estabelecer e continuar um novo hábito.

Borkowska et Al (1998), seguiram com o conceito de adesão para definir a capacidade de se envolver no tratamento, as pessoas foram avaliadas de acordo com variáveis psicológicas que auxiliam na determinação da capacidade pessoal de reconhecer a necessidade do tratamento e participar activamente dela. A motivação no aspecto odontológico é influenciada pelo factor sócio-económico.

Pessoas que têm suas necessidades básicas satisfeitas são mais facilmente motivadas e adquirem ensinamentos educativos até mesmo espontaneamente. Mas também, Pinto (1992); sugere a importância do nível de educação, do estilo de vida das crianças e de seus hábitos, saúde em geral, como factores influentes na motivação.

Este mesmo autor relata que a principal dificuldade para motivação em saúde oral seria o facto da cárie e da doença perio-dental não serem consideradas como doenças graves. Como os problemas dentários e de tecido moles da boca em geral não tem importância vital, um indivíduo em condições de miséria absoluta, que está envolvido com a tarefa de tentar sobreviver, dificilmente conseguirá absorver ensinamentos, por melhor que sejam transmitidos.

Ao estudar a relação entre conhecimento e atitude ligados á saúde oral advindo da educação e das informações recebidas pelos pais, Kinnby et Al (1991) relataram que, quando compararam pais de crianças livres da cárie com pais de crianças que apresentavam diferentes

níveis de doença, não havia diferença entre nível de conhecimento sobre dieta, higiene oral e uso de flúor. Os pais de crianças saudáveis tinham maior nível de educação, o factor não influenciaria o conhecimento e sim a habilidade de colocar em prática a informação.

Segundo Freire et Al (2002), a informação já representa uma estratégia fundamental no processo de controlo da saúde oral.

Desta forma podemos dizer que as crianças motivadas são aquelas que conseguem transformar uma vontade forte em vontade hábil, ou seja, transformar a informação em prática, usando uma série de características dependentes da convicção familiar para a saúde. Pelo vistos a motivação é fortemente dependente da família, pois, é ela que vai unir medidas específicas e hábitos e inserir as medidas preventivas na rotina do dia – a – dia.

Dentro da filosofia de promoção da saúde, Kremer et Al (1997), definiram estado motivacional como um conjunto dos factores culturais, conceitos familiares sobre saúde, a resposta dessa família às orientações dadas pelos profissionais. Outro factor de extrema relevância relatada pelos autores seria a postura dos familiares, seus conhecimentos e habilidade de transmitir as orientações.

Neste sentido, a orientação da família ressaltada pelo profissional, seria fundamental, principalmente em população carente de informações. A manutenção preventiva tem sido considerada uma das etapas mais importantes dentro da atenção odontológica.



## 2.2. Saúde Oral e Higiene

A saúde Oral na opinião de Hill, deve ser considerada como a condição em que se encontra a boca e os dentes do ser humano, quando reage satisfatoriamente às condições do meio ambiente em que vive. Por outras palavras, a saúde Oral é o resultado de um ajustamento entre o indivíduo e o meio.

Deste ajustamento resulta um bem-estar consciente em que a criança desenvolve a sua actividade fisiológica e psíquica, reagindo ao meio físico e social em que vive sem sofrimento acentuando que, a existir, traduzir-se-ia por dor, tristeza, fadiga ou lesão oral.

A noção de saúde oral, sob o ponto de vista médico, tem sido essencialmente negativa relativa, visto que corresponde a um estado caracterizado pela ausência de sinais mórbidos de ordem física ou mental. Para nós, há saúde quando a criança não tem doença e, consequentemente, está em estado de equilíbrio de funções e tecidos, equilíbrio que pode e deve ser protegido, conservado e feito dentro de certos limites, por meios de prevenção.

Quando este equilíbrio deixa de existir, caminha-se para a doença. É cada dia melhor conhecido da medicina, mas os sinais da saúde, porque têm sido problema de terem menos cuidados de investigação, continuam a ser considerados um problema em grande parte do mundo e de certo modo, característicos para cada criança, em cada período da vida, variando de criança para criança.

Esta definição, de que foi feita entre nós uma profunda análise crítica, baseia-se ainda num critério subjectivo o do bem-estar, que é difícil de traduzir em termos de observação ou em dados fisiológicos ou bioquímicos precisos e mensuráveis, mas sobrepõe este estado definido de carácter positivo e especificamente considerado em todos os aspectos físicos sócias que ligam a criança ao meio, ao estado negativo de doença.

A medida que vão sendo estudados de forma científica, isto é, com objectividade e precisão, os sinais de saúde oral tendem a ser esquematizados em grupos, anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, com descrição precisa e determinação quantitativa para muito deles de que resulta começar a estabelecer-se correspondência numéricas e limite de oscilação para o valor dos factores ou fenómenos considerados e estado de saúde oral.

Recentemente, a OMS deu uma definição nova de saúde: “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, que inclui expressamente no mesmo conceito a saúde física ou oral e psíquica e refere de maneira concreta o tipo novo de saúde oral que refere á boca sem o auxílio do nariz.” Consideramos

este aspecto positivo da definição da OMS e que precisa ser concretizado na prática, em esquemas de promoção da saúde, por meios afectivos de vigilância médica e paramédica e da aplicação de cuidados e conhecimentos que são do domínio da hereditariedade, da higiene oral das crianças e do meio, da medicina preventiva e da educação.

Assim manter uma boa higiene oral é um dos cuidados mais importantes que as crianças devem ter no que diz respeito aos dentes e gengivas. O cuidado diário preventivo, que inclui a escovagem bem-feita e o correcto uso do fio dental, ajuda as crianças a preservar a saúde oral e consequentemente, a saúde em geral.

As técnicas correctas de escovação devem ser ensinadas e reforçadas e o papel que os hidratos de carbono fomentam, ou seja os alimentos que são consumidos durante o dia que são rico em açúcar, desempenha na produção de cáries devem ser enfatizados.

Durante a erupção dos dentes sucedâneos, muitas actividades ocorrem simultaneamente, os dentes dissídios reabsorvem – se e a raiz do dente aumenta, o processo alveolar cresce em altura e o dente, movimenta-se através do osso. Os dentes devem ser escovados depois das refeições, dos lanches e antes de dormir.

As crianças que escovam os dentes frequentemente em qualquer idade geralmente mantêm a hábito durante toda a vida. Como os dentes permanentes nascem durante os anos escolar, a higiene oral e a atenção regular às cáries são partes importantes da supervisão da saúde durante este período.

Para as crianças em idade escolar com dentição mista e permanente ou seja, período em que as mudanças de adaptação na oclusão que ocorrem durante a transição de uma dentição para outra, a melhor escova de dente é aquela que possui cabo recto, cabeça pequena e cerdas com pelo menos 29 tufo. Mas atenção, é importante que as pontas das cerdas sejam arredondam para não machucar a gengiva e todas elas devem ter a mesma altura recomendadas para crianças, mais não há evidências conclusivas de que um método é superior a outro. Em média, uma escova deve ser usada de três a quatro meses, mas é preciso ficar atento e sempre que as cerdas começarem a ficar tortas, a escova deve ser trocada, pois assim não irá mais higienizar adequadamente.

A escova de dente não deve ser compartilhada porque a cárie dental é uma doença infecta – contagiosa, ou seja, ela é transmitida de uma pessoa para outra. Deve guardar a escova num local limpo e arejado para não criar fungos Segundo Helman (2002), uma higiene oral insuficiente e hábitos alimentares ruins estão associados ao desenvolvimento de cáries nas crianças.

A técnica de escovação mais indicada é chamada de “Bass Modificada”, também conhecida como “escovação em 45 graus”. Esta técnica consiste em colocar a escova a um ângulo de 45 graus, de forma a acomodá-la entre os dentes e a gengiva. Desta forma, as pontas das cerdas vão penetrar melhor no sulco gengival (entre o dente e a gengiva).

As pontas das cerdas das escovas são colocadas firmemente a um ângulo de 45 graus contra os dentes e gengivas e movimentos para frente e para trás, em movimento vibratório.

As extremidades das cerdas devem se agitar, mas não devem se mover forçosamente para frente e para a trás, o que pode danificar as gengivas e o esmalte. Todas as superfícies dos dentes são limpas desta maneira, excepto a superfície da língua interna, dos dentes anteriores.

Devem fazer os movimentos suaves e vibratórios, dente a dente, ou no máximo em grupos de dois dentes. Depois faz-se um movimento de “varredura” nos dentes de cima ou superiores de cima para baixo, nos dentes de baixo ou inferiores, de baixo para cima. Estes movimentos de “varredura” devem ser feitos do lado de fora (superfície vestibular) e do lado de dentro dos dentes (superfície da língua).

Nos dentes da frente ou anteriores coloca-se a escova vertical para que as cerdas da escova penetrem no sulco gengival e faz-se movimentos vibratórios, dente a dente, ou no máximo de dois em dois dentes.

Na superfície dos dentes onde serve para mastigar (chamada de superfície oclusal), coloca-se a escova em cima deles fazendo movimentos para frente e para trás, um vaivém, no máximo de três em três dentes. Para uma higiene correcta, deve-se gastar pelo menos três minutos.

O uso do fio dental é fundamental nos espaços existentes entre os dentes, no chamado sulco gengival, onde a escova não alcança, ou seja, não é possível fazer a limpeza e neste caso só o fio dental consegue atingir essa área entre os dentes.

A utilização de escova de dentes e fio dentário na higiene oral diária concentra – se apenas na limpeza dos dentes, o que representa apenas 25% da cavidade bucal. Os restantes 75% beneficiam de uma limpeza limitada, permitindo às bactérias que sobrevivem economizar as restantes superfícies.

### **Como que se deve usar o fio dental correctamente?**

1. Retire cerca de 50 cm de fio dental, enrole a maior parte no dedo médio de uma das mãos e somente alguns centímetros do dedo médio da outra mão;
2. Prenda o fio dental entre o polegar e o indicador, mantendo um pequeno espaço entre eles, de cerca de 30 cm;

3. O mais importante é fazer o fio dental entrar entre a gengiva e o dente, deslizando – o suavemente entre os dentes;
4. Curve o fio dental formando um “C” sobre a superfície de cada dente e deslize entre o dente e a gengiva, como movimentos de engraxar.
5. Apesar da dificuldade não se esqueça dos dentes de trás (dentes posteriores), pois estes são os dentes mais sujeitos á cárie e às doenças da gengiva;
6. Se não tem o hábito de usar o fio dental e notar um sangramento quando começar a o usar não se preocupe, pois é normal. É provável os dentes estejam cheias de placas bacterianas nos sulcos gengivais que ao serem removidas ocasionam um pequeno sangramento. Deve-se usar o fio dental sempre após as refeições e antes de dormir; *ver anexo II.VI*

**Para uma boa higiene oral das crianças são necessários os seguintes instruções:**

- Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo que uma deve acontecer, antes de deitar;
- Utilizar sempre um dentífrico que contenha flúor;
- Usar uma escova que tenha o tamanho adequado a boca da criança (normalmente as escovas dentarias devem ter cabeça pequena e serem macias, para evitar que provoquem lesões nos dentes ou nas gengivas das crianças);
- Utiliza diariamente fio dental para remover os restos alimentares cheios de bactérias dos espaços que existem entre os dentes e as gengivas; deve-se usa-o antes da escovagem, para que a acção protectora do dentífrico seja mais prolongada;
- Usa os elixires ou colírios para bochechar, que também ajuda a manter uma boa higiene oral das crianças, contudo devem ser recomendados por um profissional de saúde oral, pois não são todos iguais e os produtos utilizados podem ter aplicações bastantes deferentes;
- As crianças, durante o acto de higiene oral, sejam sempre supervisionadas pelos adultos tendo especial atenção á qualidade de dentífrico colocado na escova e possibilidade de ingestão do mesmo; *ver anexo II.V*

### **2.2.1.Doenças Orais**

Existem vários tipos de doenças orais, no entanto as mais conhecidas propostas no contexto em estudo são as que vamos citar:

#### **Cárie dental**

Castro (2002), definiu a cárie dental como sendo uma doença infecciosa que se manifesta após a erupção do primeiro dente e que origina o amolecimento progressivo das estruturas dentárias levando a formação de cavidade. Para que se inicie uma cárie, as bactérias da placa bacteriana produzem ácidos que vão destruir o esmalte dentário. Estes ácidos que são resultados da fermentação dos alimentos ricos em açúcaras, também chamados de hidratos de carbono.

Pegando na definição do autor acima, a cárie dentária é mais frequente que a gripe, ou seja, é a doença infecciosa mais comum no nosso país e é a principal razão da perda dos dentes nas crianças. A cárie parece estar a iniciar a sua curva descendente no entanto, ainda faltam dar alguns passos importantes.

Hoje em dia é um factor mundialmente aceite que os dentífricos com flúor são uma das causas mais prováveis de diminuição da cárie. O uso de pequena quantidade de flúor diário, aquela que se coloca na escova de dente, é considerado muito importante para prevenção da cárie.

Os microrganismos que vivem na boca, as bactérias, fixam-se aos dentes formando uma camada muito fina chamada placa bacteriana e que se alimenta principalmente do açúcar que as crianças ingerem com os alimentos. Quando não é removida periodicamente, a placa desenvolve-se bastante. Como resultado do metabolismo de açúcar, a placa bacteriana produz ácidos que vão destruindo os dentes, num processo bastante lento.

Podemos dar a definição da cárie como a dissolução e desintegração do esmalte e do dente pela acção de bactérias acidificante e de seus produtos. É uma situação muito complexa e há várias teorias a respeito. É uma doença infecto-contagiosa.

A cárie dentária é provocada pela bactéria e é composta por uma massa branca que se forma sobre os dentes e gengivas constituída essencialmente por salivas, restos alimentares e bactérias. A placa bacteriana produz ácidos que vão dissolver e destruir o esmalte e as estruturas do dente.

### **2.2.2. Esquema evolutivo da cárie:**

1 – Cárie inicial ou de esmalte - normalmente no início não existe dor apesar de a doença estar já instalada. Nesta fase, a cárie passa despercebida, por isso é aconselhável dar uma revisão semestral, pois é o momento ideal para o tratamento;

2- Cárie profunda ou dentina - nesta fase já existe dor normalmente quando é estimulada por meios externo como: temperatura, acidez, saturação de sal ou açúcar, mas a dor desaparece quando estes estimados são eliminados;

3- Cárie com infecção ou polpa nesta fase, a maioria das vezes, há dor espontânea que pode ser provocada com estímulos externos, como calor, ou com a pressão durante a mastigação, portanto esta fase obriga a um tratamento de desvitalização;

Como prevenir:

- Reduzir a placa bacteriana;
- Reduzir a ingestão de açúcares, hidrato de carbono;
- Aumentar a resistência do esmalte dentário;
- Fazer uma boa higiene oral;
- Utilizar flúor, aplicar selantes de fissura em crianças; *ver anexo II.II.*

### **2.2.3 Gengivite**

Para o mesmo autor citado em cima a gengiva é o tecido mole que circunda e protege os dentes. Se a gengiva mudar de cor, passando de rosa ao encarnado vivo e depois sangrar quando lavar os dentes ou comer, é sinal de uma gengivite.

A gengivite pode também ter origem numa infecção, um abscesso no dente partido, problemas ao nível da raiz ou uma cárie que provocou uma inflamação que pode alargar – se as gengivas. A perda da integridade da superfície do esmalte dos dentes, também é uma causa de irritação da gengiva, o tártaro junta-se á lista dos problemas na origem do mesmo problema.

Podemos dizer que a gengivite é uma doença causada pela placa bacteriana que, assim como a carie, agride grande parte da criança. Trata-se de uma inflamação dos tecidos gengivais, podendo ser aguda, pouco comum, ou crónica, a forma mais comum, principalmente em indivíduos mais velhos. Seus principais sinais e sintomas são: sangramento

espontâneo ou provocado, alteração da cor da gengiva, passando ao vermelho, inchação, edema, perda da textura.

Falando da prevenção da gengivite, pode-se citar algumas atitudes e comportamentos que podem amenizar ou até evitar esta situação, como por exemplo as abaixo indicadas:

- Evitar cuidadosamente as situações que favoreçam a retenção dos alimentos;
- Evitar a placa dentária e o depósito de tártaro;
- Lavagem regular e apropriada da boca e dos dentes que permite remover o sulco gengival;
- Usar escovas e dentífricos adequados, mantendo-os nas melhores condições
- Usar fio ou fita dentário, que é um bom instrumento na prevenção da gengivite, uma vez que permite a remoção de restos de alimentos alojados entre dentes (*Castro, 2002*)

O tratamento da gengivite é simples, basta utilizar um detrítico que facilita a remoção e que permite uma rápida regeneração dos tecidos gengivais afectados.

Os problemas periodontais podem ser de dois tipos: gengivite quando não é tratado, Periodontite (piorreia), que é a destruição irreversível do osso e do ligamento, que servem de suporte aos dentes.

O periodontal tem origem uma gengivite não tratada, a inflamação vai-se aprofundando até atingir os outros suportes do dente e o sulco gengival vai aumentando e criar uma bolsa na gengiva onde se acumula a placa bacteriana, pus e tártaro, as quais são muito difíceis de higienizar durante a escovagem e que vai permitir a progressão da doença.

#### **2.2.4.Periodontite**

A periodontite é uma doença muito grave, por isso o seu tratamento tem que ser realizado por um especialista. Para tal são necessário o uso de antibióticos, solução anti-séptica, a cirurgia para remover a infecção das zonas mais profundas, a manutenção que consiste em remover a placa bacteriana do dente e dos espaços entre os dentes e a gengiva, uma boa técnica de escovagem com um dentífrico adequado.

Tártaro é composto por matérias minerais depositadas sobre os dentes e a gengiva, é um dos problemas da origem da irritação da gengiva, devido a estagnação da placa. Lavar os dentes com uma escova atraente e uma pasta adequada pode ser uma parte agradável da higiene da manhã e da noite.

### **2.3.Caracterização do jardim estudado**

O jardim da Cruz Vermelha do concelho de Santa Cruz é um jardim no qual iniciou as suas actividades pedagógicas nos meados de Outubro de 1990 com entrada de uma monitora. É organizado por fases com crianças de 4 a 5 anos.

Ano escolar está dividido em três períodos com as respectivas férias. O presente jardim está localizado no seio da população e é composto por duas salas de aula, uma cozinha, duas casa de banho, para adultos e crianças, e um escritório do presidente local da Cruz Vermelha.

Tem uma monitora, uma auxiliar de limpeza, um guarda e uma cozinheira. O número de crianças matriculadas no ano escolar 2008/2009 é de 45, entre crianças de 4 e 5 anos de idades.

#### **Caracterização da sala**

A turma é orientada por uma monitora e é formada por crianças sexo masculino e feminino. A sala tem um bom aspecto e está decorada com alguns desenhos, quadros e cartazes expostos nas paredes, um quadro preto na parede, os cantinhos, um armário, estante etc.

As crianças que compõem essa turma são todas de nacionalidade cabo-verdiana, naturais e residentes em alguns bairros de Pedra Badejo. Dessas crianças, 20 são meninas e 25 são rapazes. Os tempos livres são ocupados em maior parte a ver televisão.



## **Capítulo III. Parte prática**

### **3.Objecto de estudo**

O público-alvo corresponde a um grupo de crianças que frequentam o jardim da Cruz Vermelha no concelho Santa Cruz e vivem na mesma área geográfica e possuem as mesmas tradições, os mesmos interesses, mostram ideias e valores comuns.

#### **3.1.Universo e amostra**

**Universo/população:** são crianças de idade compreendidas entre 4/5anos, em que 20 são meninas e 25 rapazes e frequentam o pré-escolar sendo que os pais /encarregados de educação são do concelho Santa cruz.

##### **3.1.1. Amostra**

Este estudo é um estudo de caso, na medida em que foi escolhido um grupo reduzido de indivíduos para estudar o conhecimento ligado à higiene oral assim sendo, estudou-se crianças e pais/encarregados da educação, onde que os inquiridos estão numa faixa etária entre 22 a 61 anos de idade, no qual 10% possui 3ºano de escolaridade, 7% possui o 2ºano, 5% possui 4ºano, 10% possui 5ºano, 7% possui, 6º ano, 10% possui 7ºano, 7% possui 8ºano, 9% possui 9ºano, 12% possui 12ºano, 9% possui nível médio e 12% possui nível superior.

No que diz respeito ao nível sócio – económico, 5% dos pais inqueridos são estudantes, 9% peixeiras, 3% cozinheiras, 7% educadoras, 9% funcionários público 7% pedreiros, 23% domésticas, 14% professores e 23% vendedeiras.

### **3.2.Problema e objectivos de investigação**

- De que forma a problemática de higiene oral é encarada pela família e pelo pré-escolar?

A problemática de higiene oral é encarada pela família e pré-escolar, através de bons hábitos em relação aos cuidados dentários, a importância de cuidar dos dentes em todos momentos.

#### **3.2.1.Objectivos**

##### **Gerais**

- Alertar as crianças para os aspectos fundamentais da higiene oral;
- Mostrar as crianças a importância da higiene oral para a saúde, como prevenir;

#### **3.2.2.Específicos**

- Proporcionar as crianças ocasiões de bem – estar e segurança, sobretudo no âmbito da saúde individual e colectiva;
- Criar o movimento e uma campanha contra a doença no seio do jardim-de-infância;
- Enriquecer as crianças em competências preventivas do comportamento da doença oral;
- Descrever os hábitos de higiene orais e cuidados com a saúde bucal das crianças;

### 3.2.3. Metodologia e Instrumento

Está-se no campo das ciências sociais, por isso, as dificuldades em analisar os fenómenos tornam-se maiores em relação às chamadas ciências exactas. O comportamento humano, as atitudes, crenças e valores são fenómenos que requerem uma análise e interpretação mais complexas.

No entanto, isso não inviabiliza a pretensão de se realizar estudos/investigações com rigor e carácter científico sobre os mesmos. Há, no entanto, que construir processos, utilizar metodologias e escolher instrumentos de recolha de informações que se adequam a uma construção verdadeiramente científica de conhecimentos nesta área.

Ora, foi com base nestes pressupostos que se recorreu ao **INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO** <sup>(1)</sup>, como técnica de recolha de dados para o estudo em questão. Porém, pretendemos também, recorrer ao inquérito por entrevista, sobretudo para o cruzamento e certificação de informações.

A escolha do inquérito por questionário como instrumento de recolha de dados era de algum modo exigida pelos objectivos da investigação, na medida em que este instrumento é de fácil utilização, a sua aplicação é relativamente barata, permite colectar grande quantidade de informações e abarca um grande número de pessoas. Pode-se dizer ainda, flexível na medida em que permite recolher grande variedade de informações relativamente a valores, atitudes, comportamentos e crenças.

Dias (1994), refere que se para alguns investigadores, a construção de um inquérito deve obedecer cinco etapas, para outros deve respeitar quinze e para outros ainda deve responder a três questões fundamentais, nomeadamente: quem inquirir? Perguntar o quê? E como inquirir?

No entanto, atendendo à posição da mesma autora parece que não existem grandes incompatibilidades entre as várias formas de abordagem, pois nenhuma deve omitir operações essenciais que a concepção do inquérito por questionário exige.

---

1- Rodolphe Ghiglione e Benjamin Matalon (1993), na obra *“inquéritos: teorias e práticas”*, definem o Inquérito como uma interrogação particular acerca de uma situação, englobando indivíduos, com o objectivo de generalizar, onde o inquiridor coloca as questões sem intenção explicitada de modificar a situação na qual ela actua.

Bell (1997) defende que o objectivo do questionário é obter informação que possa ser analisada, extrair modelos de análise e tecer comparações. Ainda nesta linha de entendimento, Afonso (2005) diz que o objectivo principal de um questionário consiste em converter as informações obtidas dos respondentes em dados pré-formatados, facilitando o acesso a um número elevado de sujeito e a contextos diferenciados. De acordo com o mesmo autor pode-se elaborar estudos extensos marcados pela tentativa de identificar com elevada abrangência determinados fenómenos ou situações específicas.

Deste modo, é então sabida as valências desta ferramenta de recolha de dados, entretanto a sua utilização requer alguns cuidados para poder responder a lógica da fiabilidade, viabilidade e da cientificidade. Ghiglione e Matalon (1993) referem ser necessário que a amostra apresente características idênticas às populações, isto é, que seja representativa.

Os mesmos autores justificam esta premissa dizendo que a amostra só é representativa se as unidades que a constituem forem escolhidas por um processo, tal que todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra.

Por seu turno, Tuckman (2003) defende que os sujeitos devem estar cientes da sua sabedoria e do seu conhecimento. Continuando, o mesmo autor defende que os investigadores devem ser cautelosos para evitar que as questões influenciem os sujeitos a darem uma boa impressão de si mesmo e das situações em causa, antecipem o que o investigador quer ouvir, ou ainda evitar que as questões peçam respostas que o respondente não pode dar.

Nisto, pode-se acrescentar ainda a necessidade de testagem do instrumento, ou seja, é unânime que o instrumento seja testado antes da sua aplicação com vista a verificar aspectos como a compreensão das questões por parte dos inqueridos, se o instrumento cumpre os objectivos para que foram projectadas e a fiabilidade das questões.

No que diz respeito ao instrumento de recolha de dados para este estudo em concreto é de referenciar que a sua construção, aplicação e análise procurou seguir padrões de fiabilidade, validade e cientificidade, anteriormente referenciados.

Efectivamente, este instrumento, **INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO**, antes da sua aplicação final foi submetido a alguns testes nomeadamente, foi submetido a crianças e pais/encarregados de educação para a averiguação das premissas acima

referenciadas, designadamente, para ver se responde a lógica científica, da validade, se é acessível aos respondentes e se consegue responder a problemática que se quer estudar e as questões de investigação que se delinearão para este estudo.

Feitos então os referidos testes, verificados e corrigidas as lacunas de várias ordens que se afiguravam no instrumento de recolha de dados, os questionários apresentaram-se prontos a serem aplicados.

Este instrumento de recolha de dados subdivide-se em três partes: a primeira parte refere-se a caracterização pessoal e profissional dos respondentes. A segunda parte incide sobre as impressões dos inqueridos sobre a higiene oral das crianças no contexto pré-escolar e a terceira parte refere-se o conhecimento dos interrogados relativamente a alguns hipóteses aventadas para participação e conhecimento dos pais/encarregados da educação sobre a saúde e higiene oral das crianças.

### 3.2.4. Análises e Discussões dos dados em estudo

#### Abordagem da pesquisa

Para a realização deste trabalho de pesquisa escolhemos a pesquisa qualitativa e a abordagem da nossa pesquisa é um estudo de caso.

#### Instrumento de recolha de dados

Os dados foram escolhidos através de observações realizadas no Jardim da Cruz Vermelha no concelho Santa Cruz, através de entrevista, de inquérito por questionários destinados às crianças do ensino pré – escolar.

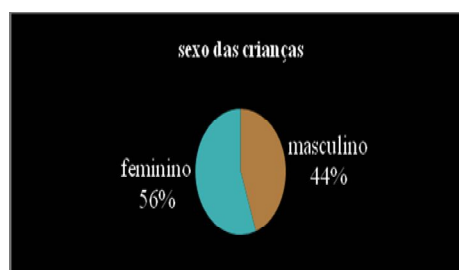


Gráfico n° 1

Foram aplicados 45 questionários para crianças do contexto pré-escolar, onde todos responderam devidamente com as suas respostas. Dos quarenta e cinco inqueridos, vinte são do sexo masculino e vinte e cinco do sexo feminino, todos frequentam o ensino pré – escolar no jardim Cruz Vermelha.

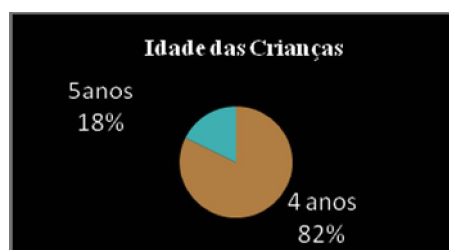
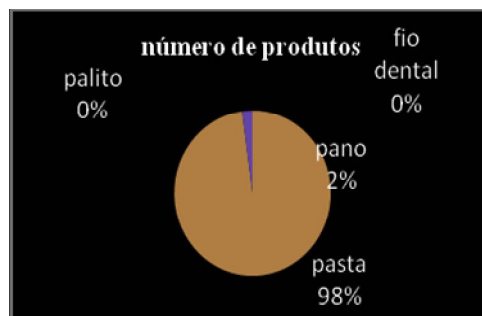


Gráfico n°2

Relativamente á segunda parte do questionário relaciona com a idade das crianças, no qual 18% são crianças de 5 anos e 82% são de 4anos.



**Gráfico n° 3**

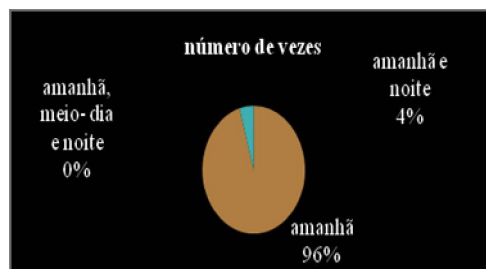
O que se observa nos resultados do gráfico número 3, é que 98% das crianças estudadas utilizam a pasta dental na higienização bucal e apenas 2% dessas crianças utilizam o pano. É de salientar que o pano não é adequado para uma boa higiene oral, ao contrário da pasta que é muito importante no uso para prevenção da saúde oral, porque a pasta de dente contém flúor para auxiliar na prevenção das cáries e possui delicioso sabor da menta.

Pode-se considerar que a higiene oral das crianças está associada à redução nos índices de cárie porque permite o controlo da placa bacteriana e a ampliação do acesso ao uso do flúor. Os pais estão mais preocupados com a saúde oral dos seus filhos levando em conta os vários factores da promoção da saúde oral, como por exemplo, a oferta de alimentos mais equilibrada.



**Gráfico n° 4**

O que se observa nos resultados do gráfico 4 é que 100% das crianças estudadas utilizam a pasta de dente no hábito da higiene oral, visto que esse produto faz parte do dia-a-dia dessas crianças. Pode-se associar tal acção a um aspecto cultural onde o hábito de usar esses produtos para a higiene dos dentes por essas crianças vem sendo transmitido de geração para geração, pois a transmissão de usos, crenças populares, experiências, fazem parte do contexto cultural familiar de todas as classes sócias e devem levar em conta no momento da inserção de programas de saúde.



**Gráfico n° 5**

Em relação á escovação, percebeu-se pelo gráfico n°5 que 4% das crianças estudadas fazem a sua higiene oral de amanhã e à noite e 96% fazem só de amanhã. Percebemos, que o hábito de escovar os dentes enquadra na rotina diária dessas crianças, embora algumas ainda divirjam em relação à frequência e os horários da higiene.

Apesar de ser questionável a eficiência da higiene como medida isolada na prevenção da cárie, seu aspecto educacional é inegável, pois faz com que as crianças adquiram hábitos diários de cuidados com a higiene oral. Neste aspecto os pais devem incentivar os seus filhos a escovar os dentes após cada refeição, fazer uma dieta equilibrada, usar o fio dental, utilizar o flúor e supervisionar a boca dos seus educandos todos os dias.



**Gráfico n° 6**

Os dados do gráfico n° 6 mostra que 89% das crianças entrevistadas recebem ajuda ao lavar os dentes porque os pais preocupam com a saúde delas, ao contrário dos 11% que não recebem ajuda dos encarregados da educação ao praticarem a higiene oral, porque não têm conhecimentos básicos em relação à higiene oral.

De entre várias formas de promover a educação para a saúde oral, a motivação das crianças ocupam um lugar de destaque, pois por meio delas, as crianças ganham conhecimento, concretizam e desenvolvem habilidades necessárias para alcançar a saúde, assumindo seu papel activo na conquista e controle da sua própria saúde dental.





**Gráfico nº 7**

Os dados do gráfico nº 7, mostram que 11% das crianças estudadas não comem doces, além de fazerem a higiene dentária, por outro lado 89% não evitam comer doces. Acredita-se que pode existir ainda uma carência de informações por parte dessas crianças sob os hábitos alimentares adequados.

Não basta lavar os dentes todos os dias, mas também ter-se cuidado com alimentação. Se a criançaingere grande quantidade de guloseimas por dia, não é uma lavagem usando a escova ao dia que vai resolver os problemas que certamente terá com os dentes.

Recomenda-se aos pais que não dêem doces e as bolachas fora das refeições, já que isto não beneficia a saúde oral da criança, pois açúcares, vão actuar durante toda a noite, mesmo havendo higiene dos dentes.

### 3.2.5. Perfil sócio - económica dos pais pesquisados, acompanhantes das crianças no contexto pré-escolar do jardim Cruz Vermelha no concelho Santa Cruz.

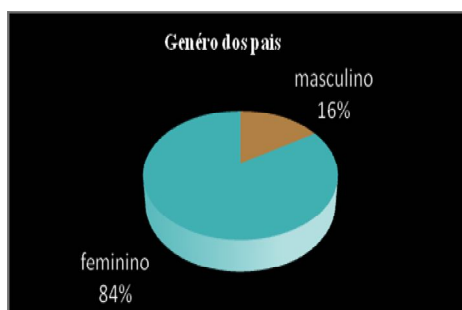


Gráfico n°1

De acordo com os resultados do gráfico n° 1, 16% dos pais inqueridos são de sexo masculino e 84% é do sexo feminino.

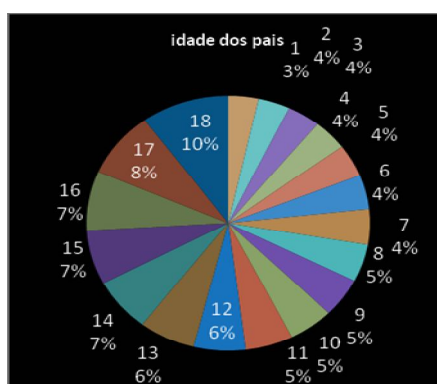


Gráfico n° 2

No que concerne á idade dos pais, constatou-se que as idades dos pais entrevistados estão numa faixa entre 22 a 61 anos de idade.

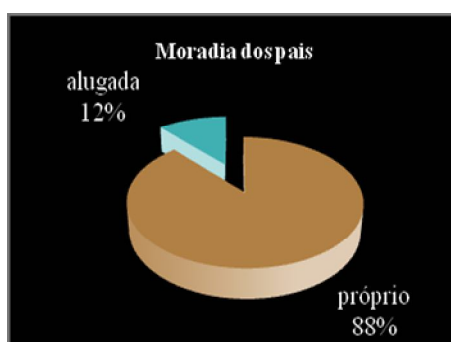
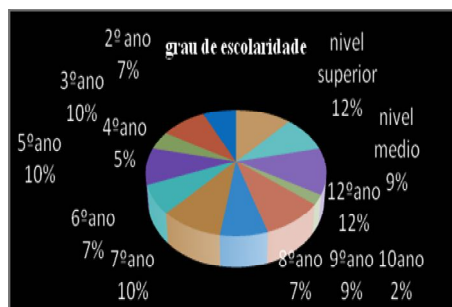


Gráfico n° 3

O gráfico n°3, mostra claramente que 12% dos inqueridos moram em casa alugada e 88% tem a sua casa própria, pois o estudo das condições socioeconómicas dos pais é relevante e exercem fortes influências nas condições de saúde das crianças, inclusive no que diz respeito higiene oral.



**Gráfico n°4**

O que se observa nos resultados do gráfico n° 4 é que 7% dos pais pesquisados possuem 2ºano de escolaridade, 10% possui 3º ano de escolaridade, 5% 4ªano de escolaridade, 10% 5ºano de escolaridade, 7% 6ºano de escolaridade, 10% 7º ano de escolaridade, 7% 8ºano de escolaridade, 9% 9ºano de escolaridade, 12% 12ºano de escolaridade, 9% nível médio, e 12% possui nível superior.

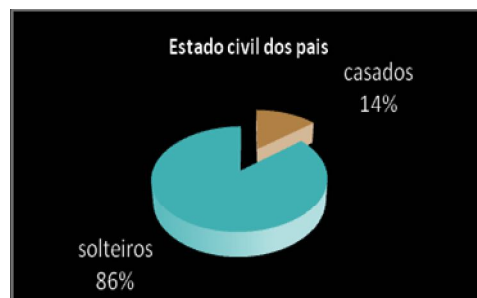
De acordo com o resultado do gráfico n°4, constatamos que a maioria dos pais entrevistados possuem o grau de escolaridade baixo, mesmo assim preocupam com a higiene oral dos seus filhos. Isto de acordo com as respostas dadas pelos inqueridos.



**Gráfico n° 5**

O resultado do gráfico n°5, mostra claramente os resultados da ocupação dos pais, onde 5% dos pais inqueridos são estuantes, 9% peixeiras, 3% cozinheiras, 7% educadores, 9% funcionários públicos, 7% pedreiros, 23% vendedeiras, 23% domésticas e 14% são professores.

O conhecimento da profissão dos pais/encarregados da educação é um dos requisitos fundamentais nesse estudo, uma vez que permite-nos identificar o nível sócio- económica dos pais. Muitos autores defendem a existência de uma correlação muito estreita entre categoria sócio profissional dos pais, rendimento das famílias e a saúde no bem-estar físico e psicológica das crianças.



**Gráfico n°6**

Em relação o estado civil dos pais, o gráfico n°6, mostra que 14% são casados e 86% solteiros. Acredita-se, cada vez mais, que a unidade, a base de todos os fenômenos humanos não é nem o indivíduo nem a sociedade, mas sim a família. Além disso, o que faz desabrochar o homem da criança.

A família é o meio ambiental por excelência para adaptar a vida social de um indivíduo, que sozinho nunca seria capaz de se desembaraçar. Segundo Tièche (1999), a célula inicial da sociedade não é o indivíduo, mas sim a família.

Desenvolvimento de certas práticas é condicionado e impulsionado pela estrutura familiar.

### 3.2.6.Participação e conhecimento dos pais/encarregados da educação sobre a saúde e higiene oral das crianças no contexto pré-escolar

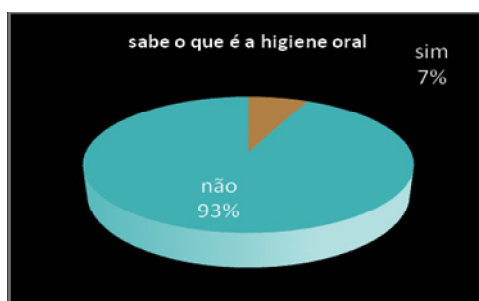


Gráfico n°7

Os dados do gráfico n°7, revelam que 7% dos entrevistados sabem o que é a higiene oral, e 93% não.

Perante os dados obtidos, nota-se que a maioria dos responsáveis da educação não tem conhecimentos sobre a higiene oral. Esta confirmação por parte dos pais é negativa porque a maioria (93%) não tem conhecimentos sobre higiene oral, devido ao baixo nível académico e a condição sócio – económica. Isso mostra claramente que os pais precisam ser mais esclarecidos no que concerne a higiene oral.

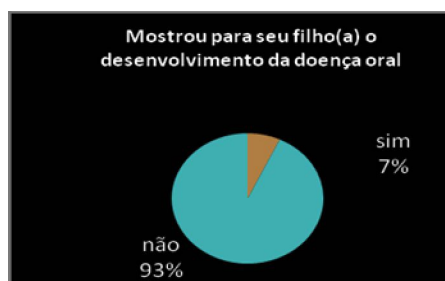


Gráfico n° 8

No que refere os dados do gráfico n° 8, nota-se que 7% dos pais inqueridos explicam aos seus filhos o desenvolvimento da doença oral contra os 93%. Isto é preocupante e levam-nos a crer que os pais responsáveis precisam ter algum conhecimento e formação no que diz respeito à prevenção da doença oral.

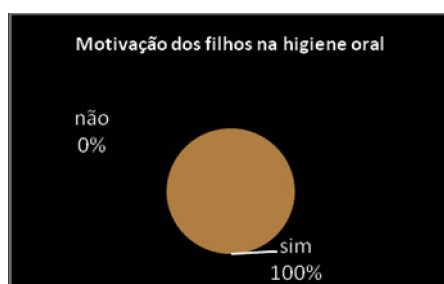


Gráfico n° 9

Quanto ao papel dos pais no incentivo aos filhos para escovação dos dentes, o gráfico nº 9 mostra que 100% dos pais preocupam com a higiene oral dos seus filhos isto, de um modo geral, mostra claramente que os encarregados da educação estão a preocupar com a saúde e higiene oral dos seus educandos.

Contudo a motivação familiar para a higiene oral e especialmente para a manutenção da saúde é certamente um factor muito importante que influencia a capacidade das crianças em manter – se saudáveis.



Gráfico nº 10

Verifica-se no gráfico nº10 que 100% dos pais entrevistados confirmaram que os seus filhos gostam de escovar os dentes.

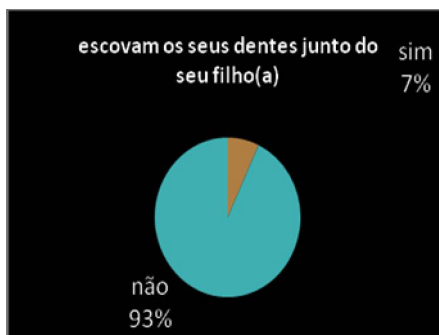
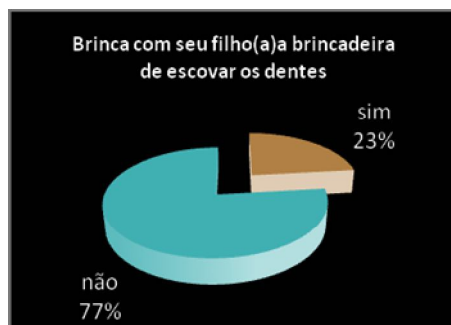


Gráfico nº 11

Quanto a escovação dos dentes por parte dos pais junto dos seus filhos, o gráfico nº 11, mostra que 7%, dos pais praticam a higiene oral junto dos seus educandos e 93% nem por isso. Isto não é positivo visto que a influência é uma dimensão da interacção que se estabelece no interior do treino e do grupo pelo facto de se estar junto do outro.

A interacção implica que crianças ajam sobre atitude e modelam os seus comportamentos seguindo as normas e os valores das famílias a que pertencem. É de referir que os pais são os principais agentes da informação dos filhos, são eles que confirmam as informações necessárias. O jardim não pode substituir as informações dadas pelos pais, na medida em que o seu papel é complementar a função pedagógica da educação dos seus filhos.

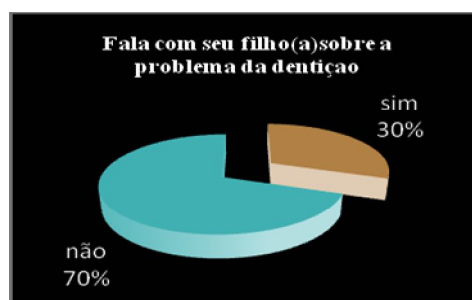


**Gráfico nº 12**

Quanto à brincadeira de escovar os dentes por parte dos pais com seus filhos o gráfico nº12, mostra que 77% dos pais entrevistados confirmam que não costumam fazer esse tipo de brincadeira com seus filhos e 23% dos entrevistados confirmaram que fazem sempre esse tipo de brincadeiras com seus educandos.

Brincar é uma noção chave que altera a maneira de agir das crianças e consequentemente desenvolve o estado físico e psicológico das crianças. As crianças que divirtam brincando com seus encarregados da educação criam um instrumento natural como a voz, rosto, cabeça e corpo e os orquestra para conjunto de actividades efectivamente vivas. Vigotsky (1986), diz que a brincadeira fornece, pois uma ampla estrutura básica para mudanças de necessidade e da consciência, criando um novo tipo de atitude em relação ao real.

Ainda ele diz, que nas brincadeiras aparecem a acção na esfera imaginativa numa situação de faz de conta, a criação das intenções voluntarias e a formação dos planos da vida real e das motivações volitivas, constituindo – se assim, no mais alto nível de desenvolvimento pré – escolar.



**Gráfico nº 13**

Quanto os dados do gráfico nº 13, referem que 30% dos pais entrevistados falam com seus educandos sobre os problemas da dentição. No entanto, 70% dos entrevistados confirmaram que nunca tiveram esse tipo de diálogo com seus educandos. Isto mostra que esses educandos podem sofrer mais tarde grandes consequências com as doenças orais, como a cárie dentária,

gingivite, má oclusão e mau hálito. Nota-se que a maioria dos pais não demonstra preocupações em transmitir aos seus educandos a mensagem sobre esse aspecto.



Gráfico n° 14

Quanto aos pais que costumam alertar os seus filhos para os aspectos fundamentais da higiene oral, de acordo com os dados do gráfico n° 14, 100% dos entrevistados responderam negativamente. Isto mostra um certo desligamento dos pais em relação a saúde oral dos seus filhos, nunca têm esse tipo de diálogo com seus educandos. Esse dado é preocupante porque é muito importante que os pais, como os principais agentes da educação das crianças, devem dedicar seriamente e preocupar com a saúde e higiene, tanto colectivo como individual dos seus filhos.

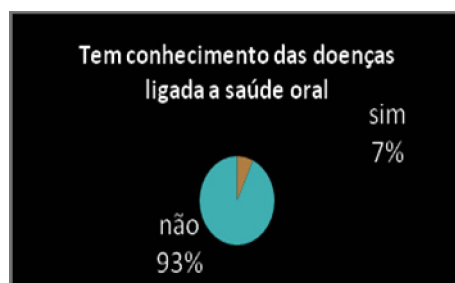


Gráfico n° 15

No que se refere o conhecimento das doenças ligadas à saúde oral, de acordo com os resultados do gráfico n°15, 7% dos entrevistados confirmaram que tem esse conhecimento e 93% que não.

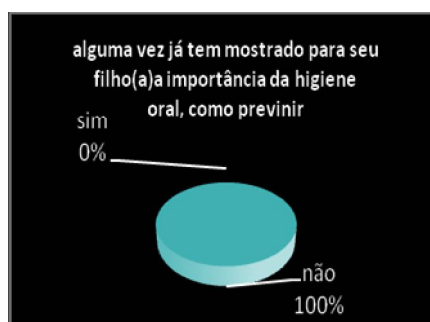
No que constam aos resultados, dos 7% é positivo pois mostra claramente que os encarregados da educação têm algum conhecimento no que diz respeito as doenças ligadas a saúde oral. Ao contrário dos 93% que confirmaram que nunca tiveram o conhecimento sobre esse assunto, é discutível essa confirmação por parte desses inqueridos. Contudo é fundamental que os encarregados da educação sejam informados sobre saúde oral o mínimo que seja, para poder compartilhar os seus conhecimentos com seus educandos.





**Gráfico nº 16**

De acordo com os resultados do gráfico nº 16, 7% dos pais entrevistados confirmaram que usaram a frase do tipo “hoje vás ao médico e se não portares bem ele dá uma pica”, ao contrário dos 93% dos entrevistados que deram as suas respostas negativas em relação a frase. No que toca a respostas dos 7%, diz respeito a cárie dentária continua sendo grave problema em relação a saúde oral desses educandos. Neste sentido é indispensável o envolvimento dos pais na realização das acções da higiene oral.



**Gráfico nº 17**

No que diz respeito ao resultado do gráfico nº 17, 100% dos entrevistados confirmaram que nunca tiveram esse tipo de diálogo com seus educandos. É lamentável a confirmação dos encarregados da educação, visto que o papel dos pais é muito importante na promoção de saúde oral, devido ao seu papel na sociedade moderna, pelas suas dimensões morais, afectivas, sociais e as suas potencialidades de resolver problemas.

Vigotsky (1979) destaca a fala de entre os elementos de origem sociocultural que actuam sobre a formação dos processos mentais superiores da criança. Ele considera que signos e palavras constituem para as crianças, primeiro e acima de tudo, um meio de contacto social com outras pessoas.

Mas a maior mudança na capacidade das crianças para usarem a linguagem como um instrumento para a solução de problemas ocorre quando elas interiorizam a fala socializada, ou seja, aquela previamente utilizada para dirigir-se a um adulto em vez de apelar para o adulto, as crianças recorrerem a si mesmas, usando a fala como instrumento para planear a vida.

### 3.3.Conclusão

Com ajuda das pesquisas, conseguimos chegar uma conclusão de que com uma simples higiene oral consegue-se evitar todas as doenças orais e que muitas crianças que sofrem de doenças orais as culpas são, na maior parte das vezes, dos pais porque existem muitas formas de incentivar uma criança a escovar os dentes.

Mas esta responsabilidade não deve ser apenas atribuída aos pais. Os educadores devem ensinar as crianças os hábitos de higiene oral porque se uma criança aprende a lavar os dentes no jardim, até pode influenciar os pais, se eles não tiverem esse hábito.

Sobre os hábitos de higiene orais e cuidados com a saúde bucal, concluímos que as crianças pesquisadas, apesar de algumas com condições sócio - económicas desfavoráveis, praticam algumas medidas de auto-cuidado em higiene oral, sendo que a escovação dentária a fazer parte da higiene de rotina diária dessas crianças, apesar de não serem bem definidos os horários e frequência dessa tarefa.

Contudo para actuar e promover a saúde das crianças no ensino pré – escolar a educação e motivação dos pais ocupam lugar de destaque, pois por meio delas as crianças podem adquirir conhecimentos para assumirem seus papéis activos na conquista e controlo da sua própria saúde bucal, tornando-se responsáveis pela manutenção da mesma.

Quanta a participação dos pais na atenção da higiene oral das crianças no ensino pré - escolar em estudo constato que os inqueridos participam na higiene oral dos seus filhos.

No que diz respeito a problemática da higiene oral contactamos que é encarada pela família e pré-escolar, através de bons hábitos em relação aos cuidados, a importância de cuidar dos dentes em todos momentos.

Ainda chegamos a conclusão que as doenças dentárias são um problema da saúde em mais de metade das crianças do mundo. Muitas pessoas pensam que sofrer de doenças dentárias é natural e inevitável. A verdade é que estas podem ser evitadas com algumas simples medidas de prevenção.

Contudo isto, através dos conhecimentos por nós adquiridos durante estes quatro anos do curso, consegue transmitir a um grupo de crianças, através de mensagens, jogos, dramatizações, etc., a importância da higiene oral, o que na nossa perspectiva teve sucesso. Pois se cada um de nós valorizasse a higiene oral e o transmitisse às crianças, o mundo estaria salvo das doenças orais.

O nosso desejo concretizou-se dando-nos uma perspectiva diferente daquela que tínhamos antes do curso, o que nos levou a compreender que a melhor forma de ensinar uma criança é através da educação e que um educador de infância não serve só para divertir as crianças mas sim transmitir grandes ensinamentos conferindo-lhe um carácter lúdico.

Percebemos também que nem tudo na vida deve ser levado a rigor porque às vezes só com um acto de carinho consegue-se aquilo que queremos.

## Referencias Bibliográficas

- ACADEMY A. (2003), Promoção da saúde da criança. Pag. 334 -37
- AFONSO, N.(2005), Investigação Naturalista em Educação-um guia prático e crítico. Porto. ASA;
- BELL, J (1997), Como Realizar um Project de Investigação. Lisboa. Gradativa.
- BORKOWSKA, E.D. et al (1998), j. Periodontal. Vol. 25 N°3. Pag 187- 93
- BUISCHI. Y.A. et al AXELSSON (1997), Promoção em saúde Bucal. Pag 114-27
- BLEICHER, L (1990). Promoção da Saúde. Reconstruir acções Colectivas em Saúde Bucal Pag17;
- CASTRO, L.A. et al (2002), A Influencia do Perfil Materno na Saúde Bucal da Criança. Vol.5 n°23. Pag 70-74
- COSTA, I.C. ALBUQUERQUE, A.J. (1997), Educação para Saúde. Odontologia Preventiva e Social textos seleccionados. Pag 223-49
- CURY, Augusto (2003), Pais Brilhante, Professores Fascinante. Pag 29
- DIAS, M.I. (1994). O Inquérito por Questionário: problemas teóricos e metodológicos gerais. Porto. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- DUNCOMBE Margarete et al WELLER Barbara (1974), Enfermagem Pediátrica.vol II. Pag 9 - 15;
- FREIRE, M. do C.M. et al SOARES, F.F, PEREIRA, M.F. (2002), Conhecimento Sobre Saúde Dental. Vol.5.pag231-239
- FITZHUGH Dodson (1973), Psicologia e pedagogia. Pag. 37,38”
- FERBER Richard (1986), Saúde Dental. Pag.333;
- FERREIRA Gonçalves F.A (1990), Moderna Saúde Pública. 6ª Edição.pag 161- 87
- GONÇALVES. Martins R.C. (2003), Historia Oral. 2ªEdição. Pag 7-9
- GUERRA Miller Guerra (1961), Que é a saúde Oral? Em “Medicina e Sociedade. Pag11-14;
- HELMAN, C.G. (1994), Cultura Saúde e Doença. Porto alegre: Artes Médicas. Pag. 333
- HILL, G.F. (1990), Saúde Individual e Saúde Publica. 6ª Edição. Pag 21-23
- HILGARTER W. Margatet (1978), Hemofilia en el Niño. Pag 135 a 138;

- HUNTLY. L. Winifred (1969); Higiene Individual e Saúde Pública, “2ª edição”. Pag 7 a 14;
- KINNBY, C. G. et al (1991), Acto Odontol Scand. Vol.4 nº49. Pag 285- 95
- KREMER, P. F. et al (1997), Promoção de Saúde Bucal em Odontologia. Pag 75-86
- KLOETZEL Kurt (1923), Higiene Física e do Ambiente. Pag: 181 a 88;
- MATALON, B.& Ghiglione, R. (1993), O Inquérito: teórico e prática. Oeiras. Celta Editora;
- MYERS G. Roberto (1995), Um tempo para a Infância. Pag 36;
- M.D. Hilgartner et al. W. Margaret (1978), Editorial Pediátrica. Vol: 1;Pag, 135 a 140;
- MEIHE Sebe Bom (2000), Manuel de historia Oral. 3ªedição. Pag 14 a 19;
- MOISÉS et al Watt (2000), Promoção da Saúde Bucal. Pag. 94-113;
- OLIVEIRA Formosinho et al DALILA Lino (2007), Modelos Curricular para a Educação de Infância. Pag11;
- RAMOS F. R et al AZEVEDO B. R.B. (2004). Guia Completo da Saúde Bucal. 1.Grupo Saúde e Vida.Vol.I Pag 17 a 23;
- RAMOS F. Dr. R et al AZEVEDO. B. R.(2004) Guia Completo da Saúde Bucal.Vol II, Pag: 78 a 82;
- PEREIRA Oliveira B. et al CARVALHO. S. (2006), A Infância e Estilo de Vida Saudáveis. Pag 61 a 68;
- PETRY, P.C. et al PRETTO, SM. (1999), Educação e Motivação em Saúde Bucal. 2ªedição. Pag. 365-370;
- PINTO, V.G. (1992), Educação em Saúde Bucal Odontologia Social e Preventiva. 3ªed.Pag. 235-249;
- PINTO, V. G.(2000), Prevenção da Carie Dental. Saúde Bocal Odontologia Social.4ª edição. Pag. 371- 384;
- FREIRE. P. (1996), Pedagogia da autonomia: Saberes necessários á pratica educativa. Pag. 159- 60
- PORTOIS J. et al DESMAT H (1999), A educação pós – Moderna. Lisboa Instituto Piaget; Pag 20 - 25;
- TUCKMAM, B.W. (2003). Manual de investigação em educação. Lisboa:
- SANTOS, P.A. et al RODRIGUES, J.A. (2002), Educação e Motivação: Impacto de deferentes métodos sobre aprendizagem infantil. Vol 5 nº 26. Pag 310

- SOLIGO, M.O. (1996), Hábitos de sucção e suas correlações com oclusão, respiração e caceio em uma população de pré-escolar
- SPARKS, Lerner (1999), Influências da família na promoção da saúde. Pag 31
- SOUSA A.M.H. (1999), Estratégia de Saúde da Criança. Revista Jovem Medica. Vol.3, Março a Abril, Pag. 11 - 14;
- SULLEROT Éveline et al SALIER Michéle (1974), Apoio a Primeira Infância. Pag. 69,70, 85.
- VASCONCELOS Teresa (1990), Modelos pedagógicos na educação pré-escolar. Pag 15, 17, 19, 22;
- VAILLANT (1975), Criança, Essa Desconhecida. Pag: 40, 41;
- VAYER Pierre et al Destrooper Jean (1976), A Dinâmica da Educação Educativa. Pag. 23 - 35
- WALL D.W. (1975), Educação construtiva para crianças. Pag 91 a 102;
- WALTER, LR.F. et al GARBELINE, M. L. GUTIERRE (1992), Divulgação Saúde para Debate. Pag 65- 68
- WERNER David (1977), Onde Não Há Médico. Cap. 17; Pag. 251;

### **Legislação**

- Decreto-lei nº4/2001 de, 1 de Fevereiro – enquadramento do pré-escolar
- Decreto – lei nº 103/III90 de, 29 de Dezembro – função do pré-escolar
- Decreto – lei nº 46/86 de, 14 de Outubro, com alterações incorporadas pela lei nº 115/97 de, 19 de Setembro

### **Páginas da Internet**

- [Http:// www.ivna.com.br](http://www.ivna.com.br). [pesquisado em 6/09/2008]
- [Http:// www. Andai. Org /higiene – oral/](http://www.Andai.Org/higiene-oral/) [pesquisado em 6/09/2008]
- [Http: www.minsaude.gov.cv](http://www.minsaude.gov.cv). [pesquisado 11/09/2008].
- [Http: www.politicas.suece. Com/mapps](http://www.politicas.suece.Com/mapps). [pesquisado em 28/11/08].
- [Htt://pesquisa: sapo.pt/search](http://pesquisa.sapo.pt/search). [pesquisado em 14/10/2008]
- [Http://www.clubedobete.com.br](http://www.clubedobete.com.br). [ pesquisado em 7/08/2008].
- [Htt://www.ju.unisinos.br](http://www.ju.unisinos.br) [pesquisado em 7/08/2008].
- [Http// www – pelavida – org. Br](http://www-pelavida-org.Br) [pesquisado em 15/09/2008].
- [Http://www. Kodak.com/br](http://www.Kodak.com/br) [pesquisado em 15/09/2008].

- [Http://www.linexcom.br/linex/](http://www.linexcom.br/linex/) [pesquisado em 15/09/2008].
- [Http://www.dentalresourcent.com](http://www.dentalresourcent.com). [pesquisado em 7/03/2009].
- [Http://pesquisa.sapo.pt/searche](http://pesquisa.sapo.pt/searche) [pesquisado em 9/2/2009].
- [Http. Www. Higiene bucal.com.br](http://www.higienebucal.com.br). [pesquisa em 11/03/2009]

# ANEXO 1



**Higiene oral das crianças do ensino, pré – escolar**

**Questionário para crianças**

1.Sexo – F ☐ – M ☐

2.Idade – 4 – 5 anos ☐

3.Que tipo de objectos usa para lavar os dentes?

a) Escova b) palito c) pano; d) fio dental;

4. Que tipo de produto usas para lavar os dentes?

a) Pasta de dente; b) sabão; c) carvão;

5.Quais são as maneiras de cuidar dos dentes? Será só a escovar?

Sim ☐ – Não ☐

6. Se não especifica algum? \_\_\_\_\_

7. Tens escovas em casa? Sim ☐ – Não ☐

8. Lavas os dentes todos os dias? Sim ☐ – Não ☐

9. Se sim quantas vezes por dia? 1,2,3ou mais

10. Gostas de lavar os dentes? Sim ☐ – Não ☐

11. Comes muito doces? Sim – ☐ - Não ☐

12. Os seus pais ensinam a lavar os dentes? Sim - ☐ – Não ☐

13. Alguma vez já foste ao dentista? Sim – ☐ – Não ☐

14. Alguma vez tiraste algum dente? Sim - ☐ – Não ☐

15. Costuma ter dores nos dentes? Sim ☐ – Não ☐

16. Já fizeste algum jogo de escovar os dentes com seus pais ou a tia? Sim ☐ – Não ☐

17. Lavas dentes do seu boneco? Sim ☐ - Não ☐

18. Gostas de mamar os dedos? Sim ☐ - Não ☐

### Questionário aos Pais/ Encarregado da Educação

Este questionário faz parte do trabalho de Monografia realizado no âmbito da Formação da Educação de infância no UNI-CV, Cujo e a higiene oral das Crianças no Ensino pré – escolar:

#### I. Parte

##### I – Identificação

1. Sexo: M – ☐ – F ☐

2. Idade – 19 - ☐ - 25 ☐ - 29 ☐ - 30 ☐ - 40 ou mais ☐

3. Estado Civil: solteiros - ☐ - casados - ☐

4. Ocupação: Doméstica - ☐ - Comerciante - ☐ - professor (a) ☐ - Vendedeira - ☐

☐ Peixeira - ☐ - educador - ☐

5. Grau de escolaridade. Analfabetos ☐ - Ensino Primário - ☐ - Ensino - ☐

Secundário - ☐ - Ensino Médio - ☐ - Ensino Superior - ☐

6. Moradia Própria - ☐ - Alugada - ☐

## II. Parte

1. Sabe o que é a higiene oral? Sim - ☐ - Não ☐

2. Mostrou para o seu filho(a) o desenvolvimento da doença oral? Sim ☐ - Não ☐

3. Motiva o seu filha(o) a escovar os dentes? Sim ☐ - Não ☐

4. O seu filho gosta de escovar os dentes? Sim - ☐ - Não - ☐

5. Escovam os seus dentes junto do seu filho(a)? Sim ☐ - Não - ☐

6. Brinca com seu filho(a) a brincadeira de escovar os dentes? Sim - ☐ - Não - ☐

7. Fala com seu filho(a) sobre o problema da dentição? Sim ☐ - Não - ☐

8. Tem conhecimento das doenças ligada a saúde oral? Sim ☐ - Não - ☐

9. Já levou o seu filho(a) para o dentista? Sim - ☐ - Não - ☐

10. Já usou a frase do tipo. Hoje vás ao medico e se portares mal ele dá te uma pica?

Sim - ☐ - Não - ☐

11. Costuma alertar a seu filho(a) para os aspectos fundamentais da higiene Oral? Sim - ☐

- Não - ☐

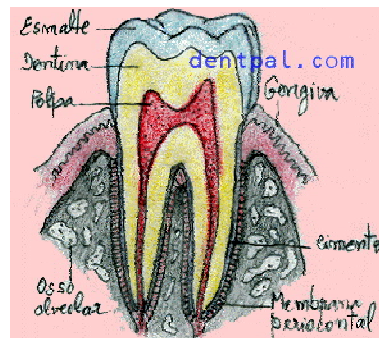
12. Alguma vez já tem mostrado o seu filho(a) a importância da higiene oral, como

Prevenir? Sim - ☐ - Não - ☐

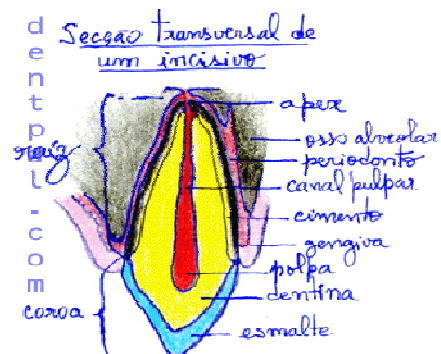
# ANEXO 2

## **ANEXO II**

### **COMPOSIÇÃO DO DENTE**

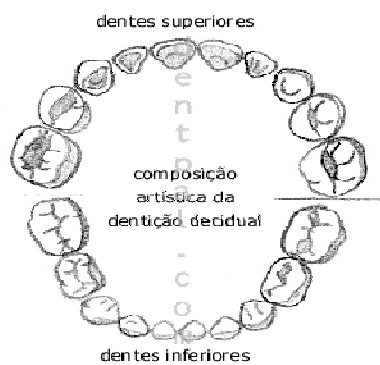


### **COMPOSIÇÃO DOS DENTES**





***ANEXO II.I***  
***DENTIÇÃO TEMPÓRARIO***



***DENTIÇÃO PERMANENTE***

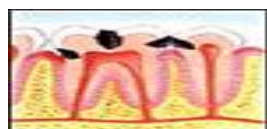
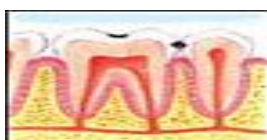


## *ANEXO II.II*

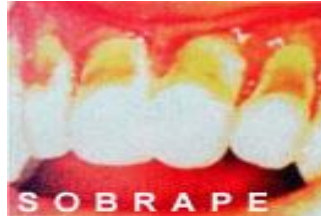
### *CÁRIE*



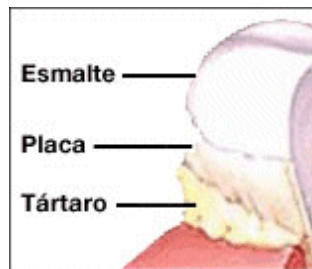
### *EVOLUÇÃO DA CÁRIE*



***ANEXO II.III***  
***PERIODONTAL***



***TÁRTARO***



***ANEXO II.IV***  
***EVOLUÇÃO DO TÁRTAR***



**Ligeiro**



**Moderado**



**Pesado**

**ANEXO II.V**  
**TECNICA DE ESCOVAGEM**



1. Para uma limpeza profunda mas gentil, use uma escova macia.



2. Pegue na escova num ângulo de 45°. Comece por escovar a parte exterior dos dentes da frente. Escove suavemente, apenas metade do dente, andando com a escova para a frente e para trás.



3. A seguir, escove a parte exterior dos dentes traseiros, começando junto à linha das gengivas.



4. Interior dos dentes traseiros. Escove de forma vigorosa e com a escova inclinada



5. Interior dos dentes da frente. Ponha a escova na vertical e mova-a para cima e para baixo



6. Superfícies de mastigação. Segure a escova direita. Escove suavemente

***ANEXO II.VI***  
***COMO USAR FIO DENTAL***



Enrole cerca de 45 cm de fio à volta dos seus dedos médios



Suavemente, passe o fio por entre os dentes.



3. Para remover a placa ou resíduos, passe o fio suavemente para cima e para baixo contra o dente. \*



4. Quando mudar de dente, use uma porção não usada de fio dental

*ANEXO II.VII*  
*ACÇÃO DO FLÚOR*

